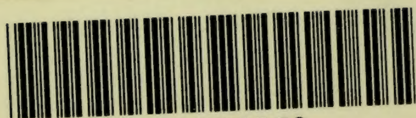
H. xii
19/p



Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b20414961_0003

O. 1485

LEÇONS

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

PENDANT LES ANNÉES 1877 ET 1878

PAR

M. LE Dr PÉAN



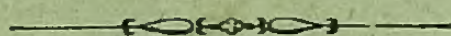
SUIVIES

1° Des observations recueillies dans le service de l'auteur du 1er janvier 1877 au 1er janvier 1879

2° De la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui du 1er janvier 1878 au 1er juillet 1881

3° De la deuxième partie du catalogue de la collection des pièces anatomo-pathologiques de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis

AVEC 53 FIGURES DANS LE TEXTE



PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

(Au coin de la rue Hautefeuille)

1882

Tous droits réservés.

O. 14,85

10 Feby. 1883
WD.

LEÇONS

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

Éléments de pathologie chirurgicale, par M. A. Nélaton, membre de l'Institut, professeur de clinique à la faculté de médecine, etc.

Seconde édition complètement remaniée.

Tome premier, rédigé par M. le docteur Jamain, chirurgien des hôpitaux. 1 fort vol. gr. in-8.......... 9 fr.

Tome deuxième, rédigé par M. le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux. 1 fort vol. in-8 avec 288 figures dans le texte.......... 13 fr.

Tome troisième, rédigé par M. le docteur Péan. 1 vol. gr. in-8 avec 148 figures.......... 14 fr.

Tome quatrième, rédigé par M. le docteur Péan. 1 vol. gr. in-8 avec fig. 14 fr.

Scapulalgie et de la **résection scapulo-humérale**, envisagée au point de vue du traitement de la scapulalgie. In-8, 20 figures. Paris, 1860.

Autoplastie du cou. Réparation d'une large perte de substance de la région cervicale antérieure à l'aide d'un lambeau pris sur la région thoracique. Observation suivie de considérations pathologiques, chirurgicales et physiologiques. In-8 avec figures, 1868.

Tumeurs des lombes. Opération pratiquée avec succès pour l'extraction d'une énorme tumeur fibro-graisseuse de la région lombaire à forme éléphantiasique. Observation suivie de considérations pathologiques, chirurgicales et physiologiques, et d'un historique des tumeurs de la région des lombes qui ont paru présenter quelque analogie.

Splénotomie, observation d'ablation complète de la rate pratiquée avec succès; considérations pathologiques, chirurgicales et physiologiques, suivies d'un historique de la splénotomie fait par M. Magdelain.......... 1 fr.

L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès. Observations pour servir à la solution de cette question. Grand-8, 1867.......... 1 fr.

Ovariotomie et splénotomie. Observations pour servir à la solution de cette question, précédées de considérations sur le diagnostic et le traitement des kystes de l'ovaire (2e édition). Paris, 1869, avec de nombreuses figures.......... 6 fr.

Étude clinique sur les ulcérations anales, en collaboration avec M. Malassez. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte et 4 planches coloriées, 1872. 6 fr.

Hystérotomie. De l'ablation de l'utérus par la gastrotomie, en collaboration avec M. Urdy. 1 vol. in-8 avec figures et planches, ouvrage couronné par l'Institut de France, 1873.......... 6 fr.

De la forcipressure ou de l'application des pinces à l'hémostasie chirurgicale, leçons recueillies par MM. Deny et Exchaquet. In-8.......... 2 fr. 50

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis, suivies des observations recueillies par l'auteur et de la statistique des observations de gastrotomie pratiquées par lui.

Tome premier, comprenant les observations recueillies depuis le 1er janvier 1874 au 1er juin 1875 et la statistique des gastrotomies de 1864 à 1875. 1 fort vol. in-8, avec figures dans le texte et 4 planches coloriées hors texte. 1876.......... 20 fr.

Tome deuxième, comprenant les observations du 1er juin 1875 au 1er janvier 1877, la statistique des gastrotomies de 1875 à 1878, les considérations histologiques par M. André sur les tumeurs enlevées dans cette période et le catalogue de la collection des pièces anatomo-pathologiques de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis. 1 fort vol. in-8 avec figures dans le texte, 1879.......... 20 fr.

Catalogue du musée particulier de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis. In-8, Paris, 1879.......... 1 fr.

Du pincement des vaisseaux comme moyen d'hémostase. 1 vol. in-8, 1877.......... 4 fr.

Pour paraître prochainement.

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. tome II.

Leçons de clinique chirurgicale, tome IV, suivies des observations recueillies par l'auteur du 1er janvier 1879 au 1er janvier 1881.

632-80. — Corbeil. Typ. et stér. Crété.

LEÇONS

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

PENDANT LES ANNÉES 1877 ET 1878

PAR

M. LE Dr PÉAN


MANCHESTER MEDICAL SOCIETY

SUIVIES

1° Des observations recueillies dans le service de l'auteur du 1er janvier 1877 au 1er janvier 1879

2° De la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui du 1er janvier 1878 au 1er juillet 1881

3° De la deuxième partie du catalogue de la collection des pièces anatomo-pathologiques de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis

AVEC 53 FIGURES DANS LE TEXTE



PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

(Au coin de la rue Hautefeuille)

1882

Tous droits réservés.

14825561

M19262

1998

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY

Coll.	welMOmec
Call No.	WO100
	1876-
	P35l

PRÉFACE

Nous publions aujourd'hui le troisième volume de nos Cliniques. Le plan que nous avons établi dès le début n'a été en rien modifié, les raisons que nous exposions à cette époque, déjà éloignée, n'ayant pas changé. La science progresse chaque jour, les idées se modifient en se perfectionnant, mais le cadre dans lequel elles sont renfermées n'a pas à subir de modifications lorsqu'il a été sérieusement établi, et qu'il a reçu la sanction du monde médical, du public savant. Nos efforts ont été jusqu'ici largement récompensés par l'accueil bienveillant qui a été fait à nos travaux tant en France qu'à l'étranger, et c'est avec confiance que nous présentons la troisième série de ce travail entrepris il y a huit ans, et que nous continuerons tant que nos forces nous permettront la pratique d'un art aux développements et aux progrès duquel nous avons consacré notre existence.

La partie purement didactique doit occuper dans toute œuvre chirurgicale une place importante : des faits que l'on observe, on est en droit de tirer des conclusions qui seront d'autant plus justes et indiscutables qu'elles seront basées sur un plus grand nombre d'observations, qu'elles seront appuyées sur l'examen d'un plus grand nombre de malades. La chirurgie

ne peut s'accommoder d'hypothèses, et le but de tous ceux qui s'en occupent doit être de la dégager de l'*inconnu :* les théories, en pareille matière, sont bonnes pour les philosophes, mais le praticien a autre chose à faire : établir un bon diagnostic, appliquer un bon traitement, voilà avant tout ce qu'il demande.

C'est à ces deux besoins que nous avons toujours cherché à répondre par la publication des leçons que nous faisons à l'hôpital Saint-Louis. Quelques-unes des plus importantes, celles dans lesquelles nous avons traité des points actuellement en discussion dans la science, ou d'une invention marquant une étape nouvelle, sont reproduites *in extenso* en tête du volume. Nos auditeurs habituels trouveront résumées dans le corps de l'ouvrage, précédant les observations, les considérations que nous avons énoncées sur chaque malade qui leur a été présenté.

Mais à côté de cette partie qui représente d'une façon spéciale l'enseignement que nous donnons, s'en trouve une autre non moins importante puisqu'elle est, à proprement parler, la base de la première, c'est celle qui contient les observations recueillies dans le service pendant les deux années comprises dans chacun de nos volumes.

Lorsqu'en 1874 nous entreprîmes cette œuvre considérable de rassembler et de livrer à l'impression l'histoire de chaque malade passant dans nos salles, plus d'un, parmi nos confrères, trouva l'essai hasardeux, jugeant que c'était là un travail qu'il serait impossible de poursuivre longtemps, et qui d'ailleurs sortait trop des habitudes actuelles de notre littérature médicale. Assurément, ce n'est pas sans avoir surmonté bien des difficultés que nous sommes arrivé au résultat que nous atteignons aujourd'hui, mais l'utilité pratique qui est attachée à cette publication nous a constamment soutenu

et encouragé à continuer les sacrifices que nous nous imposions pour mener à bien une tâche aussi ardue.

Et, certes, nous avons droit maintenant, jetant un regard en arrière, d'être fier du chemin déjà parcouru.

Nos trois volumes de Cliniques, comprenant les cinq années 1874, 1875, 1876, 1877 et 1878, renferment plus de quinze cents observations, la statistique complète des opérations pratiquées à l'hôpital, la relation de quatre cent cinquante opérations de gastrotomie, etc.

Nous avons voulu faire plus encore, cependant. Estimant que la meilleure description, l'observation la mieux rédigée était, malgré tout, inférieure à la vue de la lésion que l'on voulait décrire, nous avons fait reproduire par un artiste dont l'éloge n'est plus à faire, la plupart des pièces intéressantes qui ont passé sous nos yeux, de sorte que, dans notre musée particulier qui contient actuellement *six cents pièces* moulées et coloriées, sont conservés les cas pathologiques qui ont présenté un intérêt quelconque au point de vue chirurgical.

Voilà ce que nous avons fait et continuons à faire, n'ayant qu'un but, servir de notre mieux les intérêts de la science. Jusqu'à présent, nous pouvons espérer y avoir réussi, à en juger par le nombre toujours croissant des auditeurs qui assistent à nos leçons du samedi, et surtout, par l'extension rapide et continue de certains procédés opératoires qui nous sont propres et dont la malveillance ne cherche même plus à nous retirer l'honneur de l'invention.

Au reste, pour tous ces travaux, et sans compter les encouragements venant du dehors, nous avons trouvé chez ceux qui sont attachés de plus près à notre pratique une intelligence et un dévouement qui n'ont certainement pas été sans résultat sur l'excellente statistique que nous allons publier. C'est avec plaisir que nous rappelons ici les noms de nos

excellents élèves MM. Avezou, Sabourin, Benoît, internes; Cayla, de Mersseman, Mauvais, Lelly, externes (1877); Audouard, Bulteau, Ballet, internes; Arène, Calmeau, Desplous, Dupin, Mancet, externes (1878), dont le concours nous a été très précieux pour le traitement des malades.

Presque toutes les observations des malades de la clinique ont été recueillies par MM. Aubeau, Sinoir et Raoult; celles de gastrotomie, par M. Barrault. M. André a fait les examens histologiques. Le classement des faits, l'établissement de la statistique et l'impression de cet ouvrage ont été spécialement surveillés par M. L. Thomas et M. Larrivé : nous les remercions vivement de leur collaboration.

Paris, le 15 juin 1882.



PREMIÈRE LEÇON

DU MAL PERFORANT PLANTAIRE

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Messieurs,

Je me propose de vous entretenir, aujourd'hui, des ulcérations de la face plantaire du pied et d'insister sur une espèce intéressante par sa forme, par sa marche et plus encore peut-être par son origine. Je veux parler de cette variété sur laquelle Nélaton a, l'un des premiers, attiré l'attention et que l'on appelle aujourd'hui *mal perforant*. Il y a longtemps que cette questionm'intéres se : dès 1863, je présentais à la Société de chirurgie le pied d'un individu mort de pneumonie et qui avait une ulcération de cette nature ; j'insistais sur l'athérome des artères plantaires et j'émettais l'hypothèse qu'il y avait une relation probable entre lui et les troubles trophiques (1). Cet aperçu, vite accepté, servit de base à toute une théorie. Le sphygmographe, récemment entré dans la clinique, dut compléter la démonstration commencée et Montaignac alla jusqu'à proposer de substituer à l'expression adoptée jusqu'alors celle d'ulcère artério-athéromateux correspondant à la pathogénie de la maladie, qu'il regardait comme fixée.

Je dois vous avouer que je vis sans trop d'enthousiasme cette

(1) Thèse de Paris, 1868.

généralisation précoce, après un fait intéressant, à coup sûr, mais isolé. La suite a prouvé que je n'avais pas tort : la théorie vasculaire a passé; on a parlé du système nerveux sans attacher d'abord une grande importance à ses lésions, puis les vaso-moteurs ont pris la place des artères et le mal perforant est devenu un ulcère neuro-paralytique. Ceci vous indique déjà que nous trouverons des questions ardues, des problèmes difficiles. Nous aurons pour nous guider les cas que nous avons observés ensemble; avec leur aide nous verrons sans peine ce que certaines hypothèses brillantes ont d'exclusif; ce qui est précis et ce qui est discutable. Si je puis établir clairement l'état actuel de nos connaissances, si je puis vous donner des notions indispensables pour le diagnostic et le traitement, j'espère que ces leçons n'auront pas été sans profit pour vous.

Ici plus que partout ailleurs, une méthode rigoureuse est nécessaire ; nous avancerons, avec précaution, pas à pas ; nous n'aborderons la pathogénie qu'après avoir étudié les symptômes, le diagnostic et l'anatomie pathologique.

Nélaton, ai-je dit, a l'un des premiers attiré l'attention sur le mal perforant (1) ; le nom même a été proposé par Vésigné, l'un de ses élèves (2). Quoique je ne veuille entrer dans aucune considération historique, je dois néanmoins rendre justice à Velpeau qui, plusieurs années auparavant, en avait esquissé le tableau de main de maître (3). C'était, d'après lui, un ulcère à bords calleux, irréguliers et interrompus, se continuant sans ligne de démarcation avec le voisinage. Il insista sur la sécrétion sanieuse, sur la résistance à tous les traitements, sur la tendance à gagner la profondeur, à détruire les tissus, à récidiver. La description de Velpeau montre qu'il connaissait bien la maladie telle qu'elle se présente à nous dans les services hospitaliers. L'histoire écrite à ce moment seul n'est pas complète, car l'ulcère ne débute point d'emblée. Leplat a divisé avec raison le processus en quatre phases : à la première

(1) Maladie singulière des os du pied, *Gazette des hôpitaux*, 1852, n° 4, p. 15. — (2) Même journal, 1852, n° 15, p. 58. — (3) Même journal, 1843, n° 1.

correspond la présence d'un durillon sous la plante du pied; à la seconde la suppuration, l'ulcération; dans la troisième la maladie gagne les articulations, enfin pendant la quatrième elle s'étend plus loin, amène des phlegmons, des ostéites ou des nécroses (1).

Voici comment les choses se passent en général :

Une plaque épidermique se forme à l'extrémité d'un métatarsien, parfois sous la dernière phalange des orteils; plus rarement vers la saillie calcanéenne. Cette production s'épaissit, s'élargit. Chez un homme de 45 ans ayant près du bord externe du pied droit un mal perforant arrivé à la seconde période (voy. fig. 1), vous avez pu constater à la face plantaire du



Fig. 1. — Mal perforant de la saillie du cinquième métatarsien.

gros orteil gauche une prolifération épithéliale circulaire correspondant certainement à une époque moins avancée (2). Un pertuis central se creuse sans que le malade en ait conscience; il ne le remarque que quand ses bas sont tachés. D'autres fois il y a sphacèle de la peau et rupture des vaisseaux cutanés. Les deux pièces que je vous présente, prises l'une et l'autre dans ce service, vous montreront ces particularités : vous voyez dans la première les pertes de substance qui viennent de se faire au centre de taches brunes correspondant à l'extrémité antérieure des premier et cinquième métatarsiens (3); dans la seconde, une ulcération plus ancienne sous la plante du gros orteil et une seconde moins avancée à la face antérieure du talon (4).

(1) *Du mal perforant*, thèse de doctorat. Paris, 1855. — (2) Moule du pied gauche. Musée, pièce n° 294. — (3) Musée, pièce 269. — (4) Musée, pièce 40.

Chez d'autres se produit, au lieu de durillons, une intumescence profonde, molle, fluctuante comme les bourses muqueuses sous-cutanées ; elle donne lieu à des abcès qui finissent par s'ouvrir. Nous avons assisté à une série d'accidents de cette nature chez un serrurier affecté de pied bot varus équin congénital : un premier ulcère se forma sur le bord externe du pied ; nous dûmes enlever les quatrième et cinquième métatarsiens nécrosés, avec les orteils correspondants et une partie du cuboïde. Le malade avait à peine repris ses travaux que les accidents reparurent et nécessitèrent une nouvelle opération. Ce début a surtout attiré l'attention de Gosselin (1), de Paul (2) et de Bœckel (3).

Le mal commence souvent par un soulèvement de l'épiderme, une véritable phlyctène ; c'est ce qui est arrivé dans la plupart des cas observés par Estlander (4). Englisch a vu la même chose chez un hémiplégique (5) ; nous avons constaté ce début chez un de nos malades, ayant eu antérieurement une congélation des pieds.

Ouverture spontanée au milieu d'un durillon ; suppuration profonde qui semble partir d'une bourse muqueuse ; formation et rupture d'une phlyctène : tels sont les phénomènes initiaux.

Désormais les caractères vont changer : tantôt l'écoulement sera séreux et peu abondant ; le fonds prendra une apparence rouge, sèche ou vernissée ; d'autres fois la sécrétion sera louche, sanieuse, fétide comme les suppurations osseuses ; à l'œil nu on distinguera dans l'ouverture des débris de tissu cellulaire et d'aponévrose ; avec le stylet ou la sonde cannelée on pénétrera dans les articulations, on trouvera les os dénudés. Ces deux états correspondent à des périodes différentes ; le second est la suite du premier.

Le trajet conserve longtemps sa forme : il est arrondi et régulier ; les couches épidermiques épaissies peuvent être

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1867, n° 93, p. 369. — (2) *Die chirurgischen Krankheiten des Bewegungsapparates*, 1861, p. 476-780. — (3) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1867, t. II, p. 129. — (4) *Nord. med. Arkiv.* Bd. 2, n° 5, et *Deutsche Klinik*, 1871, p. 154. — (5) *Med. Jahrb. von Stricker*, 1879, Hft 1, p. 81 et s.

distinguées les unes des autres; elles sont imbriquées en quelque sorte; ailleurs elles sont décollées comme chez le malade dont nous avons présenté l'observation à la Société de chirurgie, de telle sorte que du pus s'infiltre entre elles. Pitha (1) et Schœmaker (2) ont vu les bords irréguliers et fendillés.

Les orifices ne sont presque jamais obstrués au début par des bourgeons charnus. Lorsque plus tard les os sont atteints, les granulations, superficielles, peu abondantes, sont pâles et flasques, comme l'a remarqué Fischer dans une de ses observations (3).

Ajoutons à cela des symptômes subjectifs dont le plus important est *l'abolition de la sensibilité*. Tout le monde admet, sauf Sédillot, que l'ulcère est indolent, qu'il se forme à l'insu du malade; que les pressions ou les mouvements répétés ne sont pas sentis. Les recherches locales montrent de l'anesthésie et de l'analgésie au fond, sur les bords, dans des zones étendues et irrégulières. Elles ne sont pas dues à l'épaississement de l'épiderme, car on peut enfoncer la pointe d'une épingle jusque dans les couches profondes sans qu'aucune sensation soit accusée. Nous en avons trouvé sous la plante affectée et sur le petit orteil du côté opposé. Ces troubles sont importants; ils ont servi de base à la théorie qui place tout sous la dépendance du système nerveux. Fischer les regarde comme essentiels; d'après lui, les ulcérations dans lesquelles ce caractère fait défaut ne sauraient être assimilées à la maladie.

A côté de l'anesthésie se placent des modifications thermiques et trophiques un peu moins constantes : Romberg a noté un abaissement de 2 degrés; Lucain en a trouvé un de 4 à 5 (4); nous avons rencontré également plusieurs fois un refroidissement marqué.

Il y a des sueurs locales. Durante a insisté beaucoup sur

(1) *Handb. d. Chirurgie* v. Pitha et Billroth, Bd. IV, Abth. I, Hft 2, p. 377. — (2) *Langenbeck's Archiv*. Bd. 17, p. 144. — (3) Même journal, Bd. 18, p. 301. — (4) *Du mal perforant plantaire*, thèse de doctorat. Montpellier, 1868.

ce phénomène, consécutif, selon lui, à une parésie (1) vaso-motrice ; les poils, les ongles sont altérés.

Duplay et Estlander ont noté leurs changements de coloration. Deux pièces que je vous présente, vous montrent en même temps que des ulcérations, dont l'une au moins re-



Fig. 2. — Mal perforant chez un diabétique.

produit parfaitement l'aspect ordinaire du mal perforant, (fig. 2) des désordres étendus : gonflement des orteils et de la force dorsale du pied ; rougeur érythémateuse, perte de substance régulière dans l'une ; large ulcération à la fois



Fig. 3. — Ulcérations plantaires chez un diabétique.

latérale et inférieure de la région calcanéenne, déformation et sphacèle des orteils dans l'autre (fig. 3). Ces deux malades étaient diabétiques.

L'atrophie des muscles du voisinage n'est point rare ; elle était manifeste chez un individu qui avait eu un mal perfo-

(1) *Annali universali di medicina*, 1879, t. II. *Parte originali*.

rant longtemps après la ligature de la poplitée. Englisch l'a notée dans un cas de tout point semblable. Eve a vu une atrophie du membre et un mal perforant en même temps qu'une paraplégie traumatique ; des troubles analogues ont été mentionnés par Duplay et Morat (1), par Fischer à la suite d'affections médullaires et de plaies du sciatique. Vous pouvez vous assurer que la plupart des personnes chez lesquelles les ulcères s'étaient développés à la suite de fractures mal consolidées avaient en même temps une atrophie du membre.

Dans d'autres cas, il y a de l'œdème du pied et de la jambe, des ecchymoses ou même des points de sphacèle.

La marche est essentiellement chronique, souvent interrompue ; lorsque les individus se soignent, l'ulcération se ferme et tout paraît terminé ; malheureusement les accidents reviennent aussitôt qu'ils se remettent à marcher. Richet a vu un malade présenter pendant quatorze ans ces alternatives (2). Celui de Nélaton fut opéré successivement par Malgaigne, Velpeau et Maisonneuve, à mesure que la nécrose des os exigeait leur extirpation.

Les ulcères sont souvent multiples et symétriques ; nous en avons trouvé vers la saillie du calcanéum et au niveau de la tête des métatarsiens. Il est rare qu'ils débutent à la même époque, et acquièrent tous une égale étendue ; il y a simplement un durillon, d'un côté, tandis que de l'autre les os sont déjà touchés.

On peut rencontrer aux lieux d'élection les différents stades de la lésion. Certaines récidives ont le caractère migrateur : chez le malade d'Estlander, comme chez celui de Nélaton, comme chez plusieurs des nôtres, des ulcères se développèrent successivement à un pied et à l'autre. Cette tendance a fourni un argument important à ceux qui les considèrent comme des manifestations d'une maladie éloignée ou d'une diathèse.

Lorsqu'il existe une attitude vicieuse du pied la récidive

(1) *Archives générales de médecine*, 1873. — (2) *Gaz. des hôpitaux*, 1859, n° 3, p. 11.

est locale. Je pourrai vous en rappeler des exemples empruntés à notre pratique. Le 12 mai 1874, je faisais l'amputation de la jambe au tiers inférieur chez un individu ayant eu une fracture par diastase de la malléole externe, avec luxation incomplète de l'astragale en arrière ; la pointe du pied était déviée, et le malade ne pouvait marcher aisément qu'en s'appuyant sur une canne. Deux ulcères perforants s'étaient développés quatre ans après l'accident, l'un sous le gros orteil, l'autre à la face antérieure du talon. Chose digne de remarque, l'ulcération postérieure, la plus récente, marcha le plus vite; elle amena en peu de temps une carie de l'os, qui en nécessita l'évidement sous-périosté. La plaie de l'opération guérit de même que le mal perforant. Mais au bout de quelque temps celui-ci récidiva à la même place, détermina une nouvelle carie, et en fin de compte il fallut se résigner à l'amputation de la jambe (1). Chez un autre la récidive est également locale et se fait toujours de la même manière : un durillon s'enflamme et s'ulcère. Si le malade cesse de marcher, la guérison est rapide; dans le cas contraire, tout s'aggrave, il y a des poussées qui s'étendent jusqu'au dos du pied.

Résumons ce que nous venons de voir : l'affection décrite aujourd'hui sous le nom de mal perforant plantaire débute par une production épidermique qui s'ulcère ; elle tend à gagner la profondeur. Entourée jusqu'à la fin par un bourrelet épithélial à sa surface, elle s'accompagne presque toujours de troubles sensitifs, souvent de troubles trophiques ; récidive après sa guérison, parfois sur place, mais parfois aussi à un point différent de la même face plantaire, ou bien à l'autre pied.

Les caractères que nous venons d'énumérer sont fréquents, mais non constants ; un ou plusieurs peuvent être mal accusés ou faire défaut sans que la physionomie générale soit sensiblement altérée. Il y a des différences suivant l'époque où l'on examine les malades, suivant le degré et l'étendue de

(1) *Cliniques de* 1875, p. 624-625.

l'ulcération. Il ne faut donc pas nous attendre à rencontrer un symptôme pathognomonique ; on doit nécessairement pour le diagnostic tenir compte des antécédents, de la marche, au besoin des récidives, et ne prononcer le mot de mal perforant, qui malheureusement n'a lui-même qu'une précision relative, qu'après avoir éliminé toutes les affections connues présentant avec lui plus ou moins de ressemblance.

Les maladies ulcéreuses avec lesquelles nous aurons à compter sont les tumeurs cancéreuses et papillaires, les excoriations eczémateuses, les ulcérations syphilitiques secondaires ou tertiaires, les pertes de substance d'origine mécanique ; enfin les trajets fistuleux consécutifs à une suppuration articulaire

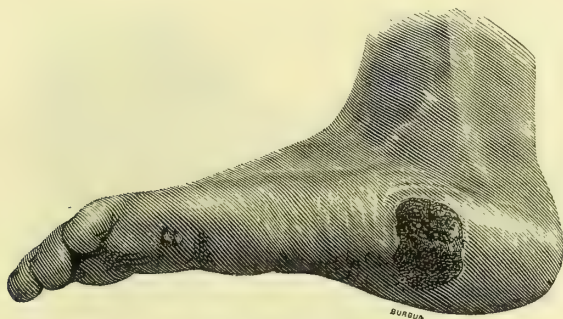


Fig. 4. — Épithélioma ulcéré du talon.

ou osseuse. Je ne parle que de maladies admises par tout le monde ; j'aurai à revenir sur les bourses muqueuses suppurées et sur les productions épidermiques ayant suivi la même marche.

Je n'insisterai pas longtemps sur les tumeurs malignes. Elles ont un aspect si caractéristique, qu'on s'explique difficilement l'erreur de Schœmaker et de Volkmann, qui ont rangé le mal perforant parmi elles. Jetez un coup d'œil sur quelques pièces de notre collection et vous serez édifiés à ce sujet. Voici un epithélioma du bord externe du talon gauche ; la tumeur est saillante sur les téguments, rouge, mûriforme (fig. 4) ; cet autre développé chez un homme de 73 ans, auquel je dus amputer la jambe en 1875, est plus re-

marquable encore : le talon tout entier est remplacé par une masse cancéreuse, limitée à sa surface par une vaste ulcération qu'interrompent à peine des îlots d'épiderme blanchâtre (fig. 5).

Les *papillomes* sont également faciles à diagnostiquer. Vous connaissez ces tumeurs à saillies particulières, à dégénérescences fréquentes, que l'on trouve tantôt sous le talon, tantôt sur un autre point du pied. Je vous en ai parlé longuement en 1875, je vous ai indiqué leurs caractères particuliers, le moyen de les distinguer, autant que faire se peut, de certains épithéliomas.

Il vous suffit de les rapprocher des ulcères perforants pour

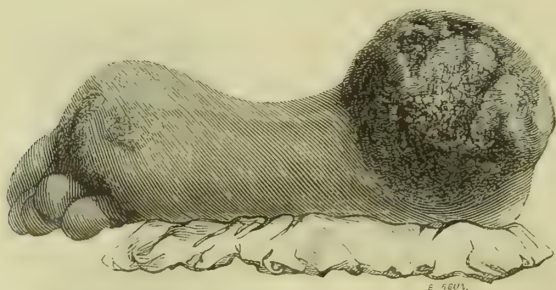


Fig. 5. — Épithélioma ulcéré du talon.

voir que toute confusion est impossible. Les papillomes même ulcérés forment de véritables tumeurs, saillantes sur les téguments, entourées d'une zone plus ou moins étendue dans laquelle la peau a perdu sa coloration ; parfois, il n'y a qu'une sorte de crevasse au sommet.

Si le simple examen nous permet de faire ordinairement le diagnostic, nous acquerrons une certitude plus grande en tenant compte des caractères donnés par le siège, par le toucher, par la marche. Le mal perforant affectionne la face inférieure des orteils et les saillies métatarsiennes ou calcanéennes. Les tumeurs en question n'ont pas les mêmes préférences ; nous en avons vu jusque sous la voûte plantaire (1).

(1) *Clin.*, 1875, p. 26, fig. 10 et 10 *bis*.

Les *épithéliomas* sont très rares à l'extrémité antérieure du pied ; tous ceux que nous avons observés s'étaient développés ou sous le talon ou sur les bords : mais quand ils gagneraient primitivement la profondeur, le toucher vous indiquerait, même avant l'ulcération, une induration étendue, manifeste ; l'anesthésie n'est point de règle, au contraire on trouve toujours de la douleur, quand l'ulcération approche, et souvent cette douleur a le caractère lancinant. Il n'y a pas de troubles de nutrition, mais les ganglions inguinaux se prennent, ce qui n'arrive jamais dans le premier cas. Sans rien préjuger au sujet de la question pathogénique, nous pourrons dès maintenant trouver dans l'histologie la raison



Fig. 6. — Eczéma corné plantaire.

d'être de ces différences. Les tumeurs papillaires ou épithéliales détruisent par substitution ; elles remplacent les tissus normaux par des tissus pathologiques qui s'éliminent à leur tour partiellement. Dans le mal perforant la destruction est toute négative, aucun produit ne prend la place de ceux qui se mortifient ; il y a des sphacèles, des nécroses, sans autre altération que des troubles trophiques ou inflammatoires de contiguité. Qu'une tumeur soit superficielle ou profonde, qu'elle soit entourée d'une perte de substance étendue, ou à peine exulcérée, on reconnaîtra toujours ses principaux caractères.

L'*eczéma* plantaire n'est guère étudié dans les ouvrages de dermatologie, et les traités de chirurgie n'en disent à peu

près rien ; cependant ce n'est point une affection aussi rare qu'on serait tenté de le croire ; on la voit peu en ville parce qu'elle atteint surtout les gens qui marchent les pieds nus même en hiver.

Les eczémas invétérés présentent avec le mal perforant des ressemblances superficielles ; ils sont accompagnés, comme lui, de productions épidermiques épaisses et étendues, d'exulcérations qui semblent profondes ; mais elles n'ont ni la forme, ni l'indolence de celles que nous étudions : elles sont longitudinales ; ce sont des fissures, des crevasses irrégulières et douloureuses.

Les *ulcères syphilitiques* ne sont pas rares au pied ; on les rencontre à la période secondaire et à la période tertiaire.

Les plaques muqueuses sont tellement fréquentes qu'il n'y a pas d'année que l'on n'ait l'occasion d'en voir plusieurs. Leur diagnostic est facile : elles siègent entre les orteils, à la base des ongles, et n'empiètent jamais sur la face plantaire, sauf au niveau du cinquième orteil ; elles sont humides et superficielles ; si elles gagnent un peu en largeur, elles n'ont aucune tendance à perforer ; elles ne sont accompagnées ni d'anesthésie, ni de troubles de nutrition. Il est facile de trouver, en même temps qu'elles, d'autres accidents ; le traitement spécifique les fait vite disparaître.

A la période tertiaire nous pourrons rencontrer des gommes ulcérées. Vous en connaissez les caractères : elles s'éliminent en masse, laissent à leur place une perte de substance arrondie, à bords taillés à pic, sans saillie marginale. Extrêmement rares à la plante du pied, elles siègent aussi bien sous la voûte que vers les parties saillantes. Sonnenburg a attiré l'attention sur un caractère présenté par les ulcérations syphilitiques anciennes de cette région : leurs bords se couvrent de granulations abondantes et vivaces ; une planche jointe à son travail en donne un exemple remarquable (1). Cette observation est exacte ; j'ai pu la vérifier moi-même à plusieurs reprises. Nous avons insisté sur le peu de tendance qu'a le mal

(1) *Deutsche Zeitschrit für chirurgie*, Bd. 4 et 6, p. 261.

perforant à produire des bourgeons charnus. Ces phénomènes vous permettront, je crois, de faire toujours le diagnostic. Il ne faudrait tenir aucun compte de l'analogie pour placer, comme l'ont fait Pitha et Schüssler (1), l'ulcère en question au nombre des accidents tertiaires.

Les *érosions purement mécaniques* ont parfois le même siège et le même début. On les rencontre surtout chez des individus que leurs travaux obligent à rester debout, chez les hommes de peine, chez les serruriers par exemple. Souvent



Fig. 7. — Ulcérations symétriques de cause mécanique.

un durillon en est le point de départ; elles peuvent être symétriques (fig. 7). Les ressemblances sont donc nombreuses la limite qui sépare l'ulcération simple de cette maladie n'est pas toujours aussi tranchée que certains l'ont dit. On peut cependant le plus souvent reconnaître que l'on a affaire à un accident mécanique qui n'aura ni complications, ni tendances envahissantes. Les pertes de substance sont superficielles, irrégulières, elles n'ont ni infundibulum, ni prolifération épidermi-

(1) Mémoire Kiel, 1874.

que ; la sensibilité est intacte comme la nutrition du membre, Elles sont sujettes aux récidives, parce que les causes qui ont agi une première fois peuvent intervenir une seconde. Dans le pied équin, par exemple, des exulcérations de la région antérieure du métatarse sont de règle. Je vous en ai montré naguère un exemple chez un ouvrier ayant eu cette déformation à la suite d'une fracture comminutive de la cuisse droite. Il était dans d'excellentes conditions pour que le mal perforant se développât, et cependant les ulcérations pour lesquelles il entra à plusieurs reprises dans notre service eurent toujours un caractère essentiellement bénin et restèrent superficielles.

Les *fistules d'origine osseuse ou articulaire* pourraient en imposer, si on les examinait à la hâte. Pour les formes graves, cette confusion ne constituerait pas une erreur de diagnostic puisque les os et les jointures sont malades. C'est dans le mode de début et la marche qu'il faut chercher la solution. Avant de se frayer une voie au dehors, le pus formé détermine des poussées inflammatoires, des douleurs, de l'œdème de voisinage. Les trajets sont obliques et sinueux, tandis que les ulcères perforants sont rectilignes ; dès qu'un orifice s'est formé, on arrive avec le stylet à la surface de l'os souvent dénudé. Dans le mal perforant, l'ulcération procède de dehors au dedans ; quand on assiste au début on voit que le fond est formé par du tissu musculaire ou fibreux. Le siège a encore ici son importance, on peut trouver des fistules ostéopathiques entre les métatarsiens, sur la face dorsale du pied ; dans ces cas, le diagnostic est très simple : les trajets finissent par donner lieu à une prolifération épithéliale, et leurs bords deviennent calleux, escarpés ; mais en même temps il y a des bourgeons charnus en grande quantité, à tel point qu'il est difficile d'en découvrir l'orifice.

Je termine ici les considérations relatives au diagnostic ; nous complèterons ce chapitre lorsque nous aurons discuté l'origine et le mécanisme de la maladie, et je ne désespère pas, malgré les difficultés, de vous donner les éléments nécessaires pour la solution.

DEUXIÈME LEÇON

DU MAL PERFORANT PLANTAIRE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — PATHOGÉNIE. — TRAITEMENT

Les lésions du mal perforant sont de deux ordres : les unes, que l'étude symptomatique de la maladie nous a déjà fait connaître, sont purement locales; on les rencontre dans l'épiderme, le derme, le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses, les plans musculaires et les os. Les autres sont générales ou plutôt éloignées ; elles intéressent exclusivement les vaisseaux et les nerfs. Les premières se rattachent manifestement à l'ulcère ; les rapports des secondes avec lui sont plus douteux. Tandis que certains auteurs les regardent comme le point de départ de tout, d'autres ne leur accordent presque pas d'importance, nous allons les étudier successivement.

Nous savons déjà ce qui se passe à la surface : la prolifération des diverses couches de l'épiderme est plus ou moins prononcée et plus ou moins régulière. Les altérations du derme sont inflammatoires; il y a une hyperplasie des éléments conjonctifs, une vascularisation prononcée des papilles, en même temps la graisse disparaît. D'autres fois, outre cette espèce de sclérose de voisinage, on trouve des transformations destructives qui s'étendent assez loin. Vésigné a vu l'ulcération communiquer avec un diverticule intra-dermique ; j'ai rencontré également cette particularité ; en outre plusieurs petits trajets périphériques s'ouvraient au dehors par un second orifice.

Les faisceaux musculaires sont inégaux, la striation persiste, mais, d'après Duplay et Morat, le sarcolemme augmente. A une période plus avancée, les synoviales musculaires s'enflamment, s'épaississent, contractent avec le corps des tendons des adhérences qu'il devient impossible de rompre. Plus tard, les os se prennent : j'ai vu au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne les surfaces privées de leur cartilage, le périoste décollé, le tissu osseux raréfié, friable, baignant dans le pus. Il n'y a dans tout cela rien de particulier ; à l'œil nu comme au microscope, on ne

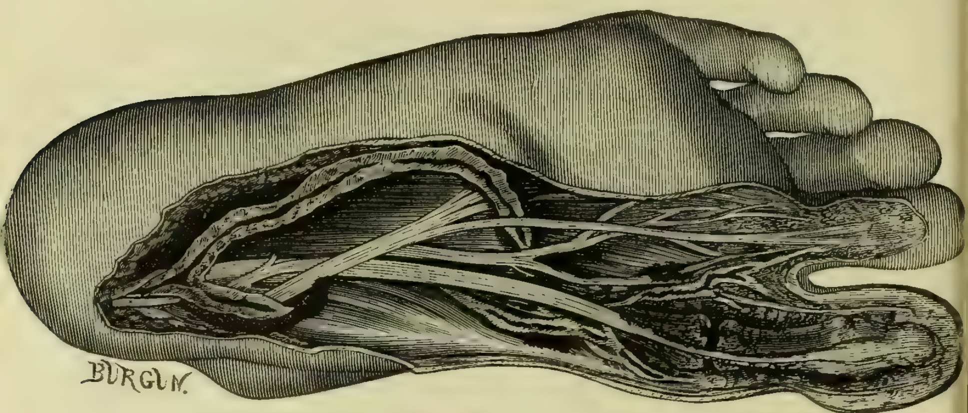


Fig. 8. — Lésions du mal perforant. — L'oblitération des artères est figurée par des lignes noires sur leur trajet. (D'après la pièce présentée par moi, en 1873, à la Société de chirurgie.)

rencontre d'autres altérations, que des phlegmasies chroniques, superficielles et profondes. A la main ou partout ailleurs, on pourra observer des dermites limitées, des périostites ou même des ostéites ayant exactement le même caractère que celles du mal perforant.

Voyons maintenant les lésions éloignées :

Je crois avoir été le premier à signaler celle des artères : « C'est du côté des vaisseaux, disais-je dans ma communication à la Société de chirurgie, que s'est trouvé le fait anatomique qui paraît constituer le point vraiment intéressant de l'observation.

« On trouvait les lésions de l'artérite chronique : épaississement considérable des tuniques, incrustations nombreuses, disséminées dans leurs parois... Les artères plantaires, pédieuses et tibiales renfermaient des concrétions fibrineuses mélaniques qui obstruaient une partie de leur calibre (Voy. fig. 8). Dans la tibiale postérieure, elles étaient entièrement unies aux parois, surtout dans le tiers inférieur de la jambe, et c'est dans les plantaires que l'oblitération paraissait le plus complète... Dans quelques points elles formaient des cylindres pleins. Quelques branches de la plantaire externe étaient vides de caillots et à peu près dans leur état normal. Il y avait de plus des ecchymoses nombreuses dont quelques-unes récentes dans le tissu cellulaire et les muscles du pied et de la partie inférieure de la jambe. »

Il s'agissait bien ici d'une thrombose consécutive à l'athérome. Ce fait ne resta pas isolé : en 1864, Delsol constata le même état des artères chez deux individus morts dans le cours du mal perforant (1). Une de ses observations était surtout intéressante ; elle avait trait à un homme affecté de pied plat, qui depuis longtemps présentait au niveau de la tête des quatrième et cinquième métatarsiens des ulcères de cette nature ; plus tard il eut une gangrène spontanée du pied, et du tétanos. Les plantaires, les pédieuses, les tibiales et la fémorale elle-même étaient presque imperméables et transformées en cylindres calcaires. Carville, Valette, Lucain, ont également constaté l'athérome. Il eût été difficile de regarder tous ces cas comme de pures coïncidences.

D'autres altérations artérielles furent constatées par des observateurs qui ne plaçaient les vaisseaux qu'au second plan. Poncet a trouvé les capillaires et les artérioles emprisonnés dans une masse conjonctive à peine perméable ; tandis que les tuniques des grosses artères étaient épaissies et noueuses (2).

Duplay et Morat ont noté une véritable dégénérescence embryoplastique des parois de ces vaisseaux. Conti a vu, comme nous, l'endartérite chronique et l'athérome.

(1) *Du mal perforant du pied*, thèse de Paris, 1864. — (2) *Recueil de mémoires de médecine militaire*, 1864, et *Gaz. hebdomad.*, 1872.

Les lésions des *nerfs* ont été mentionnées successivement par Poncet, Lucain, Estlander, Duplay et Morat, Conti. Dans tous ces cas, il y a eu prolifération du tissu conjonctif interfibrillaire, disparition des éléments nerveux proprement dits. Chez le malade d'Estlander les gaines semblaient transformées en cordons, durs et fibreux ; Duplay et Morat ont remarqué que les nerfs ont la même coloration que quand ils ont été séparés de leurs centres trophiques : « Ils présentent, disent ces auteurs, deux lésions bien distinctes : d'une part, une lésion continue égale à elle-même au moins dans une partie du trajet du nerf : c'est la dégénérescence des tubes nerveux ; d'autre part, une inflammation du tissu conjonctif du nerf et des tubes nerveux (névrite périphérique ou interstitielle de voisinage). Si nous voulons maintenant jeter un coup d'œil d'ensemble sur les lésions anatomiques que l'on rencontre dans le mal perforant, nous voyons 1° qu'il existe une lésion dégénérative d'un ou plusieurs faisceaux nerveux affectant tout le trajet du nerf ou une étendue variable de ce nerf dans son bout périphérique ; 2° dans la région où ce nerf se distribue, une ulcération plus ou moins profonde amenant la destruction des tissus ; 3° enfin tout autour de cette ulcération des lésions de nature inflammatoire, plastique, consistant en hypertrophie papillaire, sclérose conjonctive et osseuse, névrite périphérique. »

Ainsi, Messieurs : inflammation chronique des muscles, des aponévroses, des gaines tendineuses et des os ; artérite et thrombose artérielle, névrite interstitielle étendue : voilà ce que nous savons sur l'anatomie pathologique. Je ne parle ni des lésions siégeant sur les valvules cardiaques et dans les centres nerveux, ni des difformités osseuses ou articulaires, nous saurons bientôt jusqu'à quel point on doit les rattacher à la maladie.

Nous allons tâcher en rapprochant les phénomènes cliniques et les lésions nous faire une idée nette de sa pathogénie.

Les divergences que nous avons laissé prévoir vont se présenter à chaque instant ; pour juger avec impartialité

les théories, pour apprécier à leur juste valeur les objections qui leur ont été faites et les arguments apportés pour les soutenir, il est de toute nécessité que nous remontions un peu en arrière.

Nous sommes en présence de doctrines de deux ordres : les unes qui rattachent tout à des affections locales ; les autres qui placent l'origine du mal dans les vaisseaux et les nerfs.

Ceux qui attribuent à l'ulcère perforant une origine *fonctionnelle* et *locale* se fondent sur son siège, sur la nature des organes où il se développe, sur les particularités anatomiques qu'il peut présenter. Il est certain que les fonctions mêmes de la plante des pieds l'exposent à des irritations que l'on ne rencontre ni à la paume de la main, ni ailleurs. C'est sur l'extrémité antérieure du tarse et la saillie du talon que porte le poids du corps pendant la station verticale ; les changements de position que nécessite la marche font varier à chaque instant la pression ; ils sont accompagnés de frottements énergiques, presque continus. Ces conditions sont excellentes pour le développement d'ulcérations. Ajoutez à cela l'usage de chaussures défectueuses, la négligence des soins de propreté ; il se formera des dépôts épidermiques, des durillons qui s'enflammeront, et Sédillot l'a dit, quoique l'ulcère n'ait par lui-même rien d'anormal, comme il est situé dans un endroit placé en dehors des conditions habituelles, il aura une marche extraordinaire.

Les considérations physiologiques tiennent la même place dans les autres théories. Leplat et Streubel comparent l'ulcère perforant aux ulcères de décubitus ; d'autres essayent même d'en fixer le point de départ anatomique. Les recherches de Lenoir, qui datent de 1837, ont démontré la présence de bourses muqueuses à la face inférieure du calcanéum, au niveau de la première et de la cinquième articulation métatarso-phalangiennes (1). Hyrtl et Dursy (2) ont mis en doute l'exactitude de ces données sans les anéantir. Ils regardent simplement comme accidentel ce que Lenoir croyait constant. Pour Hyrtl,

(1) *Presse médicale*, 1837. — (2) *Zeitschr. fur rat. medicin.*, 1855, Bd. 6, p. 328.

il existerait chez les enfants des boules graisseuses plantaires entourées d'une enveloppe propre doublée d'épithélium ; le tissu adipeux peut se résorber et laisser à sa place des cavités.

Gosselin (1) et Bœckel (2) en France, Paul (3) en Allemagne, ont vu là l'origine de tous les maux perforants ; ils ont cru qu'il y avait plus qu'une coïncidence entre leur siège de prédilection et celui des bourses muqueuses : ce seraient des dermosynovites ulcéreuses.

D'autres rapportent tout au durillon : la compression qu'il subit entre les os et le sol l'enflamme et empêche de guérir la perte de substance qui résulte de son élimination. Marjolin appelait la maladie en question ulcère verruqueux (4), Broca (5) et tout récemment encore le D[r] Butruille ont adopté cette théorie (6).

Aux explications locales se rattachent celle de Maurel qui croit à une ostéite primitive (7), celle d'Adelman (8) qui parle de kyste par rétention des glandes sudoripares. Cet auteur s'appuie sur les recherches de Baerensprung qui a vu leurs conduits prendre une forme hélicoïde dans les indurations calleuses. Ils s'oblitèrent alors avec facilité ; ainsi se trouve constitué un kyste qui s'enflamme et s'ulcère.

Jusque là les données nécroscopiques tiennent peu de place dans la discussion. Tout repose sur elles, au contraire, lorsque l'état local est relégué au second rang, lorsqu'on fait jouer le premier rôle à une *affection générale* ou *éloignée* retentissant sur les téguments plantaires.

Voyons d'abord ce qui est relatif aux *vaisseaux*. Vous savez déjà que j'ai trouvé, et que Delsol, Carville, Valette, etc., ont trouvé depuis de l'athérome et de la thrombose artérielle. Envisagés isolément, ces faits prouvaient que l'ulcère en question se développe assez souvent chez des individus dont la circulation est entravée ; mais on s'exposerait à une grave erreur si l'on raisonnait exclusivement d'après les examens

(1) *Gaz. des hôp.*, 1867, n° 93, p. 369. — (2) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1869, t. II, p. 129. — (3) *D. chir. Krankh. d. Bewegungsapparates*, 1861, p. 476-780. — (4) *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XXX, art. ULCÈRE. — (5) *Gaz. des hôpitaux*, 1855, n° 117. — (6) Thèse de doctorat. Paris, 1878. — (7) Thèse de doctorat. Paris, 1871. — (8) *Prager Vierteljahresschrift*, 1869, Bd. 101, p. 87.

anatomiques, car il n'existe aucune proportion entre le nombre des individus atteints de mal perforant qui sont amputés ou qui succombent, et le nombre de ceux qui sortent de nos services, guéris ou suffisamment améliorés pour reprendre leurs travaux. Il a donc fallu, pour tirer des conclusions générales et établir un rapport de cause à effet, s'adresser de nouveau à la clinique; elle a fourni des arguments sérieux sinon indiscutables.

Le mal perforant se développe de préférence chez des gens arrivés à une époque de la vie où l'athérome est fréquent; l'examen direct des vaisseaux montre qu'on rencontre souvent les deux maladies en même temps. Dolbeau a joint à ses

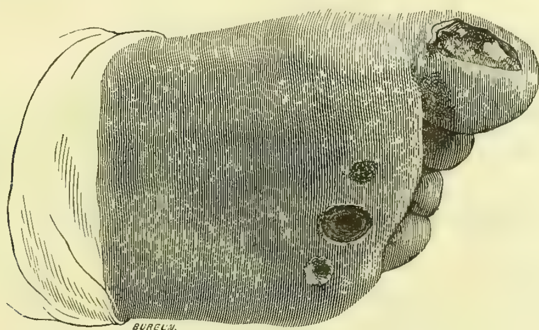


Fig. 9. — Ulcères perforants multipes correspondant à la saillie des métatarsiens. — Troubles de nutrition divers du pied.

leçons des tracés sphygmographiques qui représentent le type parfait des courbes des artères athéromateuses (1). La pièce que je vous présente dans laquelle vous voyez des ulcérations à diverses périodes a été prise chez un homme de 68 ans dont toutes les artères étaient athéromateuses (Voy. fig. 9). Gosselin sans s'arrêter aux lésions vasculaires, regarde l'alcoolisme comme une cause prédisposante. Sédillot lui-même, a trouvé la dégénérescence graisseuse en même temps que le mal perforant. Lucain l'a vu souvent chez des cardiaques; il luidonnemême un peu gratuitement une origine embolique.

De plus il existe une ressemblance indéniable entre lui et

(1) *Leçons de clinique chirurgicale.*

certaines variétés de gangrène spontanée. Je ne songe point à établir une assimilation entre les cas brusques et bien accusés, ni avec la momification lente des tissus observés parfois chez les vieillards. La chose s'explique par la moindre étendue de la thrombose; pour mon compte, je ne l'ai trouvée que dans les artères du pied, mais il existait des plaques calcaires jusque dans l'aorte. D'un autre côté, on voit souvent avec le mal perforant des troubles trophiques dus à la gêne de la circulation artérielle : une de nos pièces montre différents points de sphacèle sur la face dorsale et la face plantaire (1). Fischer n'a jamais vu, dit-il, la gangrène spontanée dans ces cas; nous avons été plus heureux que lui, et cette succession est enregistrée dans une de nos observations. Ces preuves militent en faveur de la théorie vasculaire.

Les partisans de la théorie *nerveuse* ont aussi d'excellentes raisons. Vous connaissez les données anatomiques de Duplay et Morat, de Sonnenburg, de Conti. Dans tous ces cas on a trouvé les cylindres axes détruits, le névrilème et le tissu conjonctif interfibrillaire hyperplasiés. Ces lésions, remontant jusque dans les gros troncs, expliquaient une partie des phénomènes observés. L'anesthésie dans le mal perforant est initiale; les troubles trophiques l'accompagnent. Ceci est parfaitement d'accord avec ce que nous savons sur les plaies ou les affections des nerfs périphériques ; les lésions vasculaires elles-mêmes seraient consécutives à des troubles vaso-moteurs. De plus le mal perforant se rencontre souvent chez des individus atteints d'affections du système nerveux central. Duplay et Morat, Butruille et beaucoup d'autres en ont rapporté des observations prises chez des ataxiques; nous en avons publié une nous-même en 1875. Fischer l'a vu en même temps qu'un myxome intra-rachidien; le malade de Conti était un paralytique général; on ne compte plus les cas notés chez des hémiplégiques ou à la suite de plaies des nerfs. Il y aurait donc, d'après Duplay et Morat, une dégénérescence primitive des faisceaux nerveux périphériques. Fischer, Mazzoni, Conti, etc., admettent un trouble vaso-moteur consécutif à

(1) Musée, pièce 286. Le mal perforant est représenté par la fig. 9.

une lésion ou à des désordres centraux passagers ; Poncet et Estlander sont partisans de la même doctrine ; seulement, ajoutent-ils, l'ulcère en question est un ulcère lépreux. Il est sous la dépendance du système nerveux comme la grande dermatose dont il ne constitue qu'une forme atténuée. Estlander, qui avait suivi le malade de Nélaton, en a vu en Finlande plusieurs autres chez lesquels le processus fut exactement le même. Or, la *spedalsked* ou lèpre anesthésique que Boeck et Danielssen ont étudiée en Norvège n'est rare dans aucun des pays du Nord. Estlander l'a vue souvent, et chez la plupart de ses malades il a trouvé des ulcères plantaires ayant le même début, la même marche, la même tendance à l'invasion et aux récidives que celui de Nélaton.

Vous voyez que chaque opinion est appuyée sur des faits propres à entraîner la conviction. Malheureusement cette multiplicité de preuves en faveur de théories qui se contredisent laisse le champ libre au doute. Nous n'avons vu que les côtés positifs de la question ; si nous l'envisageons sous un nouveau jour, nous serons de moins en moins disposés à nous ranger dans l'un ou l'autre camp.

Aux doctrines qui font du mal perforant une *affection locale accidentelle*, on objecte son opiniâtreté et sa tendance envahissante : on voit des affections inflammatoires franches à la plante du pied, quelques-unes sont graves et peuvent déterminer des suppurations étendues, mais aucune ne présente la marche de la maladie que nous étudions. Voit on le mal perforant à la suite d'une piqûre? un corps étranger dans la région plantaire, en a-t-il jamais été la cause?

Un durillon est une véritable épine inflammatoire ; on peut s'en convaincre par ce qui se passe à la paume de la main : une dermite ou une dactylite développées autour d'une écharde se comporteront comme celles que produiraient une verrue ou une induration calleuse. On comprend qu'à la plante du pied, des accidents de même origine soient plus étendus et plus; graves mais on s'explique mal pourquoi certaines inflammations, torpides d'emblée, gagneraient en profondeur tandis qu'elles resteraient limitées en surface.

L'anesthésie, les troubles de nutrition caractérisés par la déformation des ongles, par l'exubérance de l'épiderme en certains points, par l'atrophie de tous les tissus sont inexplicables si l'on rattache tout à une affection locale. Certaines variétés débutent par des accidents de gangrène spontanée, par des phlyctènes, par une mortification brusque du derme sans douleur ni rougeur avec l'abaissement de température ; parfois, l'hypothèse d'une inflammation limitée se concilie mal avec tout cela. Voilà pour les objections générales.

On peut en faire d'autres à chaque théorie locale. L'inflammation des bourses séreuses est profonde ; lorsque le pus est formé, il s'ouvre une voie au dehors, et par un trajet plus ou moins rectiligne on arrive avec le stylet dans une cavité ; ces petits hygromas suppurés se rencontrent également sur la face supérieure des orteils ; ils ne produisent pas d'autres accidents qu'un peu d'inflammation de contiguité ; on les guérit comme les tumeurs de même nature de la région prérotulienne, par l'incision cruciale, quelquefois par le repos et les badigeonnages iodés ; dans la plupart des cas de mal perforant, les choses se passent autrement. Souvent d'ailleurs l'existence de bourses séreuses anormales n'avait point été constatée avant l'ulcération.

Je ne vous parlerai ni de la théorie d'Adelman sur les kystes de rétention, théorie qui attend sa démonstration anatomique ; ni de celle d'Esmarch, formulée par son élève Schüssler et d'après laquelle les maux perforants seraient des manifestations syphilitiques ; ni de celle de Maurel sur l'origine osseuse ; leur réfutation extrêmement facile a été faite au chapitre du Diagnostic.

Les objections à la théorie *vasculaire* reposent sur l'interprétation des faits cliniques, mais surtout sur les données négatives fournies par certaines nécropsies. Dans plusieurs cas de Fischer, de Duplay et Morat, de Lucain, il n'y avait ni athérome, ni dégénérescence graisseuse. Parfois la maladie survient chez des individus qui n'ont pas même atteint la quarantaine et chez lesquels les tracés sphygmographiques n'indiquent absolument rien. Fischer a rapporté plu-

sieurs observations de gangrène limitée du pied et de la jambe chez des cardiaques ; dans aucun de ces cas, la maladie n'a débuté par un ulcère perforant.

De plus, si l'oblitération artérielle explique la première manifestation, elle ne saurait à elle seule rendre compte de la forme des récidives : qu'on ampute le pied ou même la jambe d'un individu atteint d'une gangrène par athérome, il aura souvent une nouvelle poussée, mais elle sera plus étendue et moins régulière que le mal perforant ; quand celui-ci récidive il reproduit exactement sa forme première et marche comme la première fois. Ces objections sont sé-

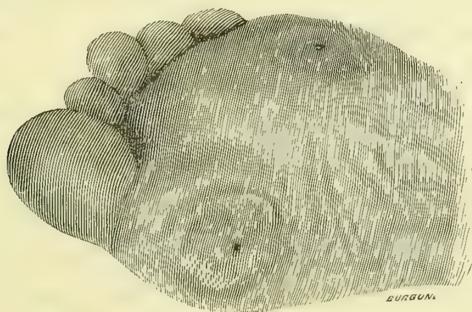


Fig. 10. — Mal perforant accompagné. — Divers troubles de nutrition du membre survenus longtemps après la ligature de la fémorale.

rieuses et commandent la réserve. Elles montrent que si dans certains cas l'influence de l'athérome est indiscutable, elle n'est nullement prouvée dans d'autres.

Les théories qui placent tout dans le *système nerveux*, plus élastiques, échappent aux réfutations anatomiques. Trouve-t-on une lésion tangible, une sclérose des nerfs périphériques? c'est un argument positif. Ne trouve-t-on rien, on remonte jusqu'à la moelle, on fait intervenir au besoin les centres vaso-moteurs, et les choses s'expliquent. Fischer a vu les nerfs périphériques complètement sains, et cependant pour lui le mal perforant est un ulcère neuro-paralytique.

Duplay les a trouvés malades ; il est vrai que les vaisseaux l'étaient également et présentaient les lésions de l'artérite chronique. Qu'importe ! en fixant rétrospectivement la chro-

nologie des désordres, on arrive à rejeter les artères au second plan, et à considérer la dégénérescence nerveuse comme la cause primordiale. Conti va jusqu'aux centres vaso-moteurs encéphaliques parce qu'il a vu le mal perforant chez un individu atteint de périencéphalite diffuse.

Nous avons observé longtemps après la ligature de la fémorale un défaut de nutrition du membre et un ulcère perforant plantaire (Voy. fig. 10). De prime abord on serait tenté d'incriminer le système vasculaire, de dire que la circulation collatérale suppléait imparfaitement la circulation directe. Englisch a vu un fait de cette nature et l'interprète comme nous. Avec la théorie nerveuse, il faut admettre l'influence exclusive du trouble de l'innervation vasculaire. Par malheur nous trouvons toujours cette tendance de l'ulcère à se limiter. Il faut beaucoup de bonne volonté pour songer à une lésion encéphalique ou spinale si précise, qu'elle retentit sur une zone déterminée et constante.

Et quand les ulcères sont symétriques, ce qui n'est pas rare, les troubles temporaires ou permanents des centres vaso-moteurs sont-ils donc également symétriques? S'il y a simplement dégénérescence des nerfs périphériques, cette dégénérescence doit-elle se faire infailliblement sur les faisceaux homologues? Nous connaissons une affection qui semble réellement sous l'influence exclusive du système nerveux; c'est la gangrène symétrique des extrémités, si bien étudiée par mon ami le docteur Maurice Raynaud; le mal perforant ne présente avec elle qu'une ressemblance lointaine. Dans le premier stade, il y a bien asphyxie avec anesthésie et refroidissement; mais plus tard la maladie devient douloureuse, elle s'accompagne d'accidents dont ceux que nous avons vus ne sauraient donner l'idée.

Les ulcères perforants sont fréquents, dit-on, chez les individus atteints d'affections du cerveau ou de la moelle : soit; mais les partisans des théories mécaniques interpréteront la chose en leur faveur. La station ne se faisant point chez les ataxiques et les vieux hémiplégiques dans les mêmes conditions que chez les individus sains, il se produit des exul-

cérations aux points où les frottements sont exagérés.

D'ailleurs les recherches cliniques et expérimentales sur la section des nerfs ne sont guère en faveur de l'hypothèse. Weir Mitchell cite parmi leurs conséquences les plus fréquentes la contracture et l'atrophie des muscles. Il ne parle presque point des ulcérations plantaires qu'il regarde comme des suites de l'attitude vicieuse du membre.

Ces arguments me semblent sérieux, et il n'est nullement étonnant que l'origine nerveuse qui a été momentanément regardée comme unique, soit aujourd'hui mise en doute pour beaucoup de cas. Si nous eussions voulu élever hypothèse contre hypothèse, nous eussions trouvé dans les études contemporaines les éléments d'une autre doctrine, sinon vraie au moins vraisemblable. Vous savez que pendant longtemps on s'est occupé à peu près exclusivement des lésions descendantes des nerfs. Aujourd'hui une évolution inverse se produit ; des faits nouveaux ont démontré que plus d'une fois une plaie périphérique légère en apparence est devenue le point de départ d'une névrite ascendante ; qui nous dit que les choses n'avaient pas marché de la sorte dans bon nombre de cas cités par les auteurs dont nous avons parlé ?

La théorie de Poncet et d'Estlander s'applique à certaines variétés : dans la lèpre anesthésique, des ulcères de la plante du pied ont parfois le caractère perforant ; mais, chez nous au moins, ces faits sont exceptionnels. On observe accidentellement la lèpre dans les services dermatologiques de cet hôpital : les ulcérations qu'elle produit n'ont aucune prédilection pour la plante du pied. Estlander en a vu lui-même aux mains ; tout récemment il a présenté à la Société de médecine de Helsingfors un malade ayant un ulcère lépreux au niveau de la saillie de l'ischion ; je n'ai pas besoin d'aller plus loin pour vous démontrer que bien rarement le mal perforant est sous la dépendance de la lèpre et que si dans certains cas il y a une relation vraie entre les deux maladies, le plus souvent il n'en existe aucune (1).

(1) *Fiunska lakaresallskapets Handlingar*, 1879.

Ici s'arrête notre discussion sur la pathogénie. Je crois que vous avez déjà conclu, comme moi, que la question n'est pas aussi simple que certains l'ont cru ; nous sommes, comme diraient les mathématiciens, en présence d'un cas d'indétermination et tout ce que nous pourrons faire, c'est de limiter le nombre des solutions possibles.

Faut-il modifier notre nomenclature et remplacer l'expression de mal perforant, aujourd'hui historique, par l'indication causale de l'ulcération et décrire dans des chapitres différents les lésions inflammatoires, artério-athéromateuses, nerveuses, etc. ? Cette idée, émise en Allemagne, a été défendue surtout par Schüssler. Il a même jugé sévèrement les chirurgiens français qui avaient réuni sous un nom unique des affections dissemblables et enrichi la nosologie d'une maladie conventionnelle. Cette manière de voir est partagée par Sonnenburg et Fischer; il y a dans tout cela plus de patriotisme qu'autre chose.

Personne ne doute que le terme mal perforant manque de précision. Mais le même reproche s'adresse à la nosologie en générale. Quelles sont donc les maladies qui ont été connues de toute pièce de prime abord? La nomenclature commence par être symptomatique ; elle devient anatomique à mesure que le champ de nos connaissances s'élargit. A cette période même elle est sujette encore à bien des variantes. Sommes-nous arrivés assez loin dans l'étude de la question pour remplacer une expression défectueuse, mais historique, par une autre? Montaignac l'avait cru et vous savez quel a été le succès de sa tentative. Qui parle aujourd'hui d'ulcère artério-athéromateux? Personne. Tout le monde appelle et appellera longtemps, malgré la diversité de leur origine, maux perforants les affections dont nous avons énuméré les symptômes. Mais le nom importe peu, c'est sur la chose elle-même qu'il faudrait s'entendre. Il faudrait tirer de la discussion que nous avons poursuivie jusqu'ici des conclusions légitimes, quand même elles ne seraient que provisoires.

Voici les faits acquis : il se développe à la plante du pied des ulcérations à processus particulier accompagnées de

troubles sensitifs et trophiques. On les rencontre chez des individus ayant de l'athérome artériel, des affections du système nerveux central ou périphérique, mais on les rencontre aussi chez d'autres ayant des déformations et des attitudes vicieuses, et dans ces conditions la lésion se fait aux points où la pression atteint son maximum. La personne dont le mal perforant est représentée par la figure 1 avait

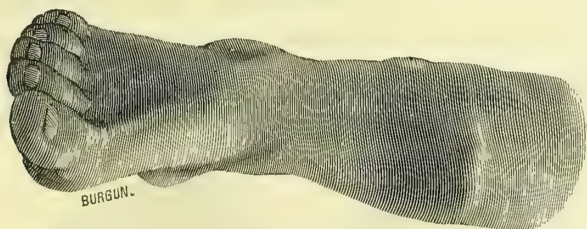


Fig. 11. — Pied bot varus équise du malade dont le mal perforant est représenté figure 1.

un pied équin (Voy. fig. 11). Voici une autre pièce prise chez un homme ayant un pied bot talus acquis, vous voyez que la perte de substance correspond à la saillie calcanéenne (fig. 12).

Il me paraît difficile, Messieurs, d'admettre une origine

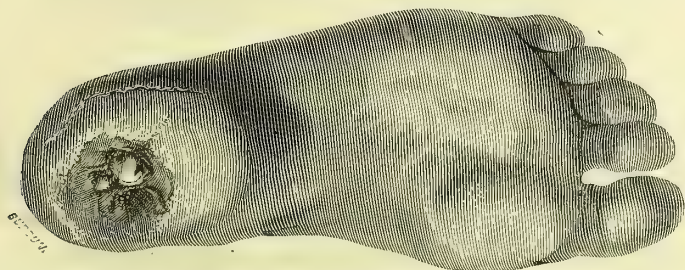


Fig. 12. — Mal perforant développé à la suite d'un pied bot talus.

unique toujours la même. Il est probable qu'il y a des circonstances prédisposantes de diverse nature, qu'il y a des causes déterminantes également multiples.

Je crois avec Sédillot, Marjolin, Broca, Nicaise, Després, etc., que la compression agit puissamment, que certaines variétés du mal perforant ont pour origine l'*inflammation* d'un

durillon ou d'une *bourse séreuse*. Vous en trouverez plusieurs exemples dans nos leçons de 1875 (1). La pièce que je vous présente se rattache à cette espèce (Voy. fig. 13). Nous ne devons point faire de ces variétés une classe à part, car nous rencontrerons à une certaine époque tous les caractères cliniques de la maladie, depuis l'ulcération infundubiliforme jusqu'aux phénomènes sécrétoires et trophiques.

Beaucoup d'ulcérations analogues ont pour origine un *trouble circulatoire* : est-ce l'athérome, est-ce l'artérite oblitérante de Friedlander, à laquelle Englisch attache tant d'importance? Il est certain que l'un et l'autre peuvent agir par



Fig. 13. — Mal perforant développé à la suite d'un durillon.

suite de l'ischémie locale qu'elles déterminent. Le mal perforant se produit par le même mécanisme chez les personnes dont un gros tronc artériel a été lié antérieurement, dont les vaisseaux de la jambe ou de la cuisse sont comprimés par un cal vicieux ou une masse de tissu inodulaire. Mais ici encore les influences locales interviennent; c'est à cause d'elles que l'ulcère se montre à la plante du pied et non ailleurs, à cause d'elles qu'il suit sa marche.

Je ne veux pas abandonner ce point sans vous parler d'autres particularités relatives aux vaisseaux. Peu d'auteurs

(1) Obs. DLXXXV, p. 628.

ont tenu compte jusqu'ici des *veines* et des *capillaires*. Je crois cependant que certains ulcères plantaires sont sous la dépendance de leurs maladies. Englisch s'appuie sur des considérations histologiques pour établir une variété de phlébite chronique analogue à l'artérite oblitérante de Friedlander. Peut-être a-t-il raison ; ce qu'il y a de certain, c'est que nous avons vu plusieurs fois le mal perforant s'accompagner d'œdème du pied et des orteils, de dilatations variqueuses des veines cutanées ; tout ceci indique un obstacle local à la circulation de retour. Les productions épidermiques de voisinage ont elles-mêmes quelque analogie avec les eczémas du pour-



Fig. 14. — Ulcérations des pieds chez un individu ayant *nævi materni* généralisés.

tour des ulcères variqueux anciens. J'ai vu chez un individu ayant des *nævi materni* généralisés une sorte d'ulcère serpigineux sur la face inférieure et le côté interne du gros orteil (Voy. fig. 14). Une cause analogue pourrait-elle donner naissance au mal perforant ? Je le crois, mais ces faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer des conclusions ; je me borne à vous les signaler pour compléter ce que nous avons dit au sujet des vaisseaux.

Je n'insiste pas sur le diabète, il est certain que plus d'une fois des ulcères perforants l'ont eu pour origine. Je vous en ai montré plusieurs exemples ; Ravoth en a vu également. Il est difficile d'indiquer le mécanisme précis dans ces cas ; il est

probable pourtant que l'état du sang et la compression jouent le rôle principal.

Les *lésions des nerfs* agissent également comme causes prédisposantes; il est difficile d'évaluer alors la part qui revient aux troubles trophiques et aux influences mécaniques, car celles-ci interviennent d'une façon plus énergique et plus continue que dans aucun autre cas.

Nous sommes arrivés nécessairement à l'éclectisme; il n'y a que deux choses constantes, la symptomatologie et le processus. Est-ce à dire que les difficultés doivent nous conduire au découragement? Que quand nous avons bien et dûment constaté un mal perforant, nous devons croire notre tâche terminée? Non; ne craignons pas les tâtonnements et les incertitudes; tous les renseignements que nous pourrons acquérir nous rendront de sérieux services lorsqu'il s'agira du traitement.

Examinez soigneusement l'état local: si vous trouvez des bourses séreuses, vous pourrez conclure avec quelque raison qu'il y en avait probablement une au point ulcéré. Voyez si la maladie est symétrique; recherchez l'état de la circulation dans les pédieuses, les tibiales, la poplitée et la fémorale; auscultez le cœur; ne négligez point pour cela l'examen des fonctions du système nerveux; tâchez de vous renseigner avec précision sur les zones d'anesthésie; voyez si la nutrition a souffert; analysez rapidement les urines; tenez compte des antécédents, en un mot n'oubliez rien de ce qui peut vous mettre sur la voie, et le plus souvent vous réussirez à acquérir sinon la notion certaine de la cause, au moins des données qui présenteront une grande probabilité.

Le traitement du mal perforant se réduit à peu de chose. On tâchera de diminuer l'action des causes locales; quant aux causes prédisposantes, générales ou éloignées, elles sont le plus souvent au-dessus des ressources de la thérapeutique. Un individu a-t-il une déformation de la jambe amenant une attitude vicieuse du pied, on lui prescrira des chaussures propres à répartir la pression d'une manière uniforme. Aussitôt qu'un durillon tend à s'enflammer, on fera

garder le repos ; les productions épidermiques réclameront des soins de propreté minutieux, des lavages et des pédiluves alcalins ; enfin, lorsque l'ulcération existe, on prescrit le repos absolu, on cautérise légèrement avec le nitrate d'argent. Le plus souvent ces procédés auront raison de tout ; mais, si les os sont nécrosés, il faut de toute nécessité enlever les séquestres et faire disparaître la cause profonde qui entretient la suppuration. C'est le seul cas où l'intervention chirurgicale proprement dite soit indiquée.

TROISIÈME LEÇON

AFFECTIONS DES SYNOVIALES TENDINEUSES

LEUR SIÈGE DE PRÉDILECTION. — DISPOSITION ANATOMIQUE DES GAINES AU POIGNET ET A LA MAIN.

Messieurs,

Peu de semaines se passent sans que nous voyions à la consultation ou à la clinique un ou plusieurs cas relatifs aux synoviales musculaires. Vous avez remarqué que la plupart d'entre eux n'étant guère douloureux inquiètent peu les malades : ils ne se soumettent aux opérations que quand l'impuissance des topiques a été bien et dûment constatée.

Ces affections si fréquentes ne sont cependant bien connues que depuis trente ans ; on a suivi pour leur étude une marche assez singulière. Le plus souvent, l'observation clinique précède la recherche des altérations morbides ; et quand celles-ci sont connues, on tâche de découvrir leur processus. Ici, au contraire, l'anatomie a servi de base : on a d'abord examiné les synoviales tendineuses, leur structure, leurs connexions, leurs rapports avec les organes voisins et, procédant par induction, on a indiqué la manière dont doivent se comporter leurs maladies ; les conditions dans lesquelles celles des tissus contigus pourront s'y propager. Chaque tra-

vail dans ce sens a été suivi d'observations qui démontraient l'exactitude des hypothèses émises.

Les affections de ces synoviales ont leur siège de prédilection à la paume de la main; là, en effet elles se juxtaposent et s'entre-croisent de telle sorte, qu'il est souvent difficile de dire si elles sont indépendantes. Cependant, l'importance des gaines de cette région ne doit point nous faire perdre de vue celles de la face dorsale du poignet. Vous n'avez qu'à jeter un coup d'œil sur les pièces de notre collection et vous trouverez des déformations nombreuses produites par des synovites des extenseurs ou des muscles voisins. Ceux du bras, de la jambe, du pied, peuvent être intéressés isolément, ou bien en même temps que ceux de l'avant-bras; nous aurons à revenir sur ces faits.

Permettez-moi, Messieurs, de faire une rapide excursion anatomique dans la région où nous rencontrerons surtout les maladies que nous allons étudier. Depuis Bichat, on sait que les muscles sont entourés à leur extrémité de gaines séreuses; le travail devenu classique de Meslieurat-Lagémard nous a fait connaître en partie les dispositions de celles de la face palmaire (1). On en trouve à ce niveau deux principales, les *carpo-phalangiennes* interne et externe. Elles envoient des prolongements sur les expansions digitales des tendons: « La gaine carpo-phalangienne interne, dit le Dr Schwartz, qui a étudié soigneusement cette question, constitue une cavité séreuse régulièrement cylindrique, depuis l'union du carpe au métacarpe, jusqu'à l'insertion du tendon du fléchisseur propre à la base de la deuxième phalange, se dilatant dans le canal carpien et venant se terminer en fuseau au poignet le long de l'origine du muscle auquel elle est annexée. »

A la main elle est divisée en trois étages : entre le feuillet pariétal antérieur et la couche des tendons superficiels se trouve une première loge : la loge *prétendineuse;* une seconde, la loge *intertendineuse*, sépare les tendons superficiels

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1839, n° 18.

des profonds, puis vient la loge *rétro-tendineuse* dont le nom indique le siège (1). Cette synoviale, la plus importante de la paume de la main, ne correspond cependant qu'aux tendons du petit doigt et de l'annulaire ; ceux de l'index et du médius ont leur gaine indépendante. A la base de l'auriculaire un rétrécissement sert de communication entre la portion digitale et la portion manuelle ; il est vrai que les anomalies sont nombreuses ; qu'il existe souvent, au lieu d'un orifice complet, une sorte de diaphragme à revêtement séreux convertissant le diverticule en cavité isolée. Dans un autre sens on voit, surtout chez les hommes, des orifices entre les gaines palmaires ordinairement distinctes. La *carpo-phalangienne externe*, qui correspond à l'éminence thénar, est plus étroite, plus allongée, moins intéressante au point de vue pathologique.

L'importance de ces séreuses profondes ne doit point nous faire passer sous silence celle des muscles superficiels ; à la région antérieure du poignet, nous rencontrons de dehors en dedans le long supinateur dont le tendon, dit Richet, couché sur le bord externe du radius, glisse dans une gaine spéciale qui le maintient appliqué contre l'os et l'apophyse styloïde, à la base de laquelle il se termine. » Puis vient le grand palmaire dont la séreuse s'étend au delà de l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien et ne remonte pas plus haut que le scaphoïde ; le petit palmaire compris dans un dédoublement de l'aponévrose ; enfin, le cubital antérieur accompagné par une synoviale jusqu'à son insertion à l'os pisiforme.

A la face dorsale les gaines ont été étudiées récemment par Max Schüler, qui les a injectées avec des liquides colorés (2). Les résultats qu'il a obtenus confirment en tout point ceux qu'avait déjà enregistrés Heineke (3).

Nous trouvons dans cette région :

1° La synoviale de l'extenseur commun, qui se termine au

(1) Thèse de Paris, 1878. — (2) *Chirurgisch-anatomische Studien ueb. d. Sehnenscheiden der. Hand.* (*Deutsch. medicin. Wochenschr.*, 20 juli 1878, n° 29, p. 363.) — (3) *Anatomie und Pathologie d. Schleimbeutel und Sehnenscheiden. — Erlangen*, 1868.

niveau du métacarpe par trois culs-de-sac, en doigts de gant et remonte jusqu'à un centimètre et demi environ au-dessus d'une ligne joignant les sommets des apophyses styloïdes du cubitus et du radius. Elle communique, vers l'extrémité supérieure de sa moitié externe, avec celle du tendon du long fléchisseur du pouce.

2° La gaine des radiaux s'élève un peu plus haut que la précédente.

3° Elle est croisée obliquement par celle du long extenseur

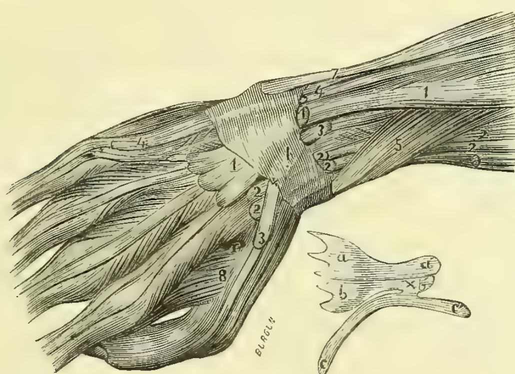


Fig. 15. — Disposition des synoviales tendineuses à la face dorsale du poignet et de la main, d'après Max Schüler.

1, Gaine de l'extincteur commun des doigts. — 2, Radiaux. — 3, Long extenseur du pouce. — 4, Extenseur propre de l'auriculaire. — 5, Long abducteur du pouce. — 6, Long supinateur. — 7, Cubital postérieur. — 8, Interosseux externe.

La seconde figure est destinée à montrer les communications des gaines synoviales des fléchisseurs.

aa', Moitié cubitale de la synoviale commune. — *bb'*, Moitié radicale. — *cc'*, Gaîne du tendon du long fléchisseur du pouce. — *x*, Communication des deux.

du pouce, qui décrit une courbe irrégulière à concavité externe.

4° En dedans et tout à fait sur le bord externe, nous trouvons la gaine du long abducteur du pouce qui croise à angle aigu celle du long supinateur.

5° Puis la synoviale allongée et grêle de l'extenseur propre de l'auriculaire, qui s'étend de la base de ce doigt au-dessus du bord supérieur du ligament dorsal du carpe.

6° Enfin, celle du cubital postérieur. (Voy. fig. 15).

On peut rencontrer des anomalies nombreuses : souvent la

gaine de l'extenseur et celle des radiaux communiquent; la dernière peut s'ouvrir dans celle de l'extenseur propre du pouce; Schüler regarde même comme normale une sorte de hernie qu'elle fait entre les fibres du ligament dorsal du carpe. Enfin, Hyrtl a vu une communication entre les synoviales de l'extenseur commun et de l'articulation radio-carpienne. Cette anomalie nous explique pourquoi beaucoup de chirurgiens ont tenu peu de compte des gaînes tendineuses; pourquoi ils avaient considéré leurs épanchements comme formés dans des expansions de la séreuse articulaire : c'est qu'ils avaient pris comme la règle ce qui n'était que l'exception.

A l'aide de ces notions anatomiques, nous comprendrons mieux la pathologie. J'insisterai peu sur les lésions : la plupart ne diffèrent guère de celles des autres membranes de même ordre; je vous signalerai simplement leurs particularités à mesure qu'elles se présenteront; nous verrons successivement les *inflammations* aiguës et chroniques, simples et fongueuses, puis nous dirons quelques mots des *dégénérescences* de mauvaise nature, beaucoup plus rares.

QUATRIÈME LEÇON

AFFECTIONS DES SYNOVIALES TENDINEUSES

INFLAMMATIONS AIGUES ET SUBAIGUES. — LEURS CAUSES. — LEURS SYMPTOMES.

Messieurs,

L'inflammation aiguë *spontanée* des synoviales musculaires est rare, leur inflammation secondaire est au contraire fréquente ; autant les causes de la seconde sont faciles à voir, autant celles de la première sont obscures ; dans les ouvrages classiques, on ose à peine en esquisser l'étiologie. Ce silence a sa raison d'être : la synovite spontanée n'a ni l'acuité, ni la tendance à la suppuration, ni les phénomènes généraux de la synovite consécutive au traumatisme ou à la propagation d'une affection de voisinage ; c'est une phlegmasie de transition. Il faut en chercher l'origine dans l'état général et les fonctions des organes atteints. Follin rattache à des mouvements exagérés la plupart de celles que l'on rencontre à la face interne de l'avant-bras et de la main. « Les contractions musculaires répétées qu'on observe dans l'exercice de certaines professions sont une cause fréquente d'inflammation... des synoviales tendineuses. Les efforts du muscle n'ont pas besoin d'être violents, car on a vu cette affection aux extenseurs des doigts après un exercice au piano. Le mécanisme de la production

de cet accident est facile à expliquer. Ainsi les blanchisseuses qui tordent le linge, les menuisiers qui empoignent avec force le rabot, les moissonneurs qui saisissent avec vigueur les gerbes de blé, impriment aux extenseurs et aux fléchisseurs des doigts des mouvements rapides qui enflamment par frottement leurs gaînes tendineuses (1). »

Cette théorie, dont la simplicité séduit, laisse à désirer sous plus d'un rapport. Sans doute les frottements rendent compte de certaines variétés qui restent sèches et guérissent d'elles-mêmes; mais pour celles qu'accompagne un épanchement, il faut de toute nécessité admettre une prédisposition. Il n'existe pas de synovite professionnelle proprement dite ; l'hygroma prérotulien des gens qui travaillent à genoux n'a pas son homologue du côté des tendons. Les synovites aiguës et spontanées sont souvent multiples et symétriques; on en a vu sur le trajet des péroniers en même temps qu'à l'une des mains. La cause accidentelle qui pourrait à la rigueur en expliquer une ne donnait nullement la raison d'être de l'autre.



Fig. 16. — Synovites chroniques de la gaîne des extenseurs des orteils chez un malade ayant une affection analogue aux mains (Musée, 373 *ter*).

Les causes générales dont l'action est le mieux prouvée sont le *rhumatisme*, la *blennorrhagie* ou plutôt les *affections uréthrales* et la *syphilis*. L'influence du premier est à peu près certaine; comment agit-il? c'est assez difficile à dire. La nature du rhumatisme est mal connue; on discute sur ses variétés et leurs différences, mais tout le monde admet sa prédilection pour les séreuses. Sous l'influence d'une cause déterminante légère en apparence: un traumatisme insignifiant, des refroidissements locaux, celles-ci peu-

(1) *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 131.

vent s'enflammer avec rapidité. Lorsque j'ai vu des synovites tendineuses aiguës survenir sans cause visible, les malades avaient presque toujours d'autres accidents rhumatoïdes du côté des jointures ou des muscles.

On doit même remarquer que ces phlegmasies sont subaiguës, multiples, symétriques, parfois périodiques comme beaucoup de localisations de la même diathèse. Albert (1) et Heineke (2) ont cité des faits dans lesquels plusieurs séreuses musculaires étaient touchées en même temps. Dans une observation du premier, prise dans le service de Dumreicher, il y avait une poussée à chaque période menstruelle. Ces analogies frappantes avec les accidents articulaires permettent donc de mettre le rhumatisme au premier rang des causes générales prédisposantes.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de discuter à part l'influence de la goutte; elle aussi retentit sur les séreuses et sur celles des tendons en particulier. Vous connaissez les tophus et les nodosités périarticulaires qui l'accompagnent. Agit-elle d'une autre manière et peut-elle déterminer des synovites simples analogues à celles que nous étudions? On ne saurait le dire actuellement.



Fig. 17. — Pied gauche du malade dont le pied droit est représenté par la fig. 16 (Musée, 373 *quater*).

Chez une jeune femme rhumatisante que nous avons eu l'occasion d'observer ensemble, les extenseurs des doigts se prirent des deux côtés, puis ce fut le tour de ceux des orteils. Les deux pièces que voici vous montrent que la maladie, ayant débuté du côté droit, est aujourd'hui presque aussi avancée à gauche (Voy. fig. 16 et 17).

Swediaur a dit le premier que le *rhumatisme blennorrhagique* n'est en réalité qu'une synovite, localisée plus tard par Ricord dans le tendon d'Achille; puis Rollet (3) a montré

(1) Wiener, *Med. Presse*, 1871, p. 6 . — (2) *Loc. cit.* — (3) *Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique.* 1858.

que ceux du poignet et de la main peuvent être également intéressés. Tixier (1) et Fournier en ont rapporté des observations. Il existe donc une relation bien établie entre l'affection uréthrale et celle des séreuses musculaires ; mais dans quelles conditions la cause éloignée produit-elle ses effets ? Le docteur Maymou, auteur d'une bonne étude sur ce sujet, s'en prend aux mouvements brusques. Leur influence n'est nullement prouvée (2).

Doit-on placer la *syphilis* sur le même rang que le rhumatisme et la blennorrhagie ou immédiatement après eux ? Voici un fait que nous avons eu l'occasion d'observer et qui tend à le faire croire.

Une jeune fille de 19 ans présentait sur les jambes de la sclérodermie et de nombreuses cicatrices gaufrées et circinées. Trois mois avant son entrée, elle avait eu brusquement des douleurs vives, accompagnées d'un gonflement des deux poignets. Il resta dans la gaîne des extenseurs un épanchement notable qui diminua par le mercure et l'iodure de potassium. La marche et le résultat du traitement concordent bien avec l'hypothèse d'une affection spécifique.

Des accidents de cette nature ont été rencontrés le plus souvent chez la femme : « Les synovites tendineuses syphilitiques, dit le docteur Mauriac, sont excessivement rares chez l'homme ; sur plusieurs milliers de malades atteints de syphilis, que j'ai soignés depuis sept ans à la consultation ou dans mon service à l'hôpital du Midi, je n'ai observé qu'un seul cas. Les synovites tendineuses sont, au contraire, non pas communes, mais infiniment moins rares chez la femme (3). » Je n'ajouterai rien à cette remarque judicieuse, qui nous explique le silence de la plupart des auteurs sur ce point.

Les synovites *secondaires* non *diathésiques* ont pour causes ordinaires les traumatismes et les inflammations de voisinage. A la main, les plaies contuses, les piqûres et les coupures du pouce et de l'auriculaire y exposent plus que tout autre

(1) Thèse de Paris, 1866. — (2) *De la synovite tendineuse blennorrhagique.* Archiv. génér. de Médecine 1875, v° série, t. XXVI, p. 555. — (3) *Gaz. des hôp.*, 1875, n° 38, p. 298.

chose. Schwartz a vu une synovite de la carpo-phalangienne interne, consécutive à la présence d'une écharde. Dans un autre cas, observé par de Beurman, un durillon fut la cause de tout (1) ; nous avons rencontré également une synovite aiguë de la gaine du médius gauche après l'inflammation d'un durillon situé à sa base (2).

On connaît depuis longtemps la gravité des affections de la paume de la main, leur tendance à gagner les parties profondes et par leur intermédiaire le poignet et l'avant-bras. Chassaignac et après lui Gosselin (3) l'ont expliquée en faisant intervenir les synoviales musculaires. Pendant longtemps on n'a pas songé à autre chose.

Il y a quelques années, Dolbeau et l'un de ses élèves, le docteur Chevalet, ont donné une interprétation différente : pour eux, le passage de la main à l'avant-bras se fait par des lymphatiques. On n'aurait point affaire, comme on l'a cru jusqu'alors, à des phlegmons profonds, mais à des lymphangites suppurées. Cette théorie n'a pas jusqu'aujourd'hui réuni des partisans bien nombreux ; la tentative de conciliation faite par M. Duplay, qui veut que les lymphatiques se prennent d'abord et que les gaînes ne reçoivent qu'un contre-coup, n'a guère été plus adoptée. Il y a cependant quelque chose d'exact dans tout cela : l'existence d'inflammations secondaires des synoviales palmaires n'exclut pas la possibilité des lymphangites. Ces deux processus peuvent compliquer les affections de la région et les aggraver. Permettez-moi de vous rappeler à ce sujet un exemple de mon service :

Le 9 avril 1876, entre au n° 32 de la salle Sainte-Marthe un charpentier qui avait eu plusieurs abcès successifs autour de la cicatrice d'une petite plaie de la main fermée depuis longtemps ; le dernier s'accompagna d'une angioleucite de l'avant-bras ; d'adénites du coude et de l'aisselle. La participation des ganglions ne pouvait nous laisser aucun doute sur la nature de la complication.

(1) Obs. *in Thèse* de Schwartz. — (2) *Clin. de* 1875, obs. DXXXIV, p. 583. — (3) *Recherches sur les kystes synoviaux de la main et du poignet.* Mém. Acad. de Médecine, 1851, t. XVI.

Les idées de Dolbeau et de Chevalet sont donc justes et conviennent à un certain nombre de cas ; leur généralisation seule est défectueuse. Si l'on se borne à mettre au nombre des complications des maladies de la main la lymphangite de l'avant-bras, on a raison ; on a tort, si on en exclut les phlegmons des gaines. « Ce sont, comme le dit Schwartz, de véritables sacs préparés à l'avance pour la suppuration ; entourés de tissus celluleux, elles sont disposées de la façon la plus favorable pour recevoir et transmettre les poussées inflammatoires. »

J'en ai fini avec l'étiologie. Nous avons vu des causes diathésiques : le rhumatisme et la syphilis ; des causes accidentelles et éloignées : les affections de l'urèthre ; enfin des causes locales et déterminantes dont les traumatismes sont les plus importants ; nous passerons maintenant en revue les symptômes et la marche.

Les synovites aiguës spontanées peuvent présenter divers degrés d'intensité. Les plus légères ne sont caractérisées que par la douleur et un bruit particulier qui se produit lorsque le tendon glisse dans sa gaîne, ou lorsqu'on presse sur son trajet ; ce sont les synovites crépitantes. Ces deux symptômes peuvent rester isolés ; il y a peu de gonflement, pas de suppuration ; lorsque la maladie ne guérit point spontanément, comme c'est la règle, elle passe à l'état chronique.

La synovite d'origine uréthrale a un début plus brusque et présente dans son cours des accidents plus aigus. La gaîne devient le siège d'un épanchement qui se traduit au dehors par une tuméfaction immédiate, de la rougeur de la peau et de l'œdème de voisinage. Les mouvements sont douloureux, comme la pression sur le tendon. Lorsque la maladie siège dans les gaines digitales, il y a une légère déformation : flexion s'il s'agit de la face palmaire, extension exagérée dans le cas contraire ; parfois on a quelques accidents généraux légers : un peu de fièvre, un état saburral de la langue et des voies digestives ; la résolution est la terminaison ordinaire. Comme l'a fait observer justement Maymou, la synovite est beaucoup moins grave que l'arthrite blennorrhagique.

J'avais donc raison de vous dire que l'acuité des plegmasies péritendineuses spontanées n'est que relative, que la brusquerie du début et le caractère progressif appartiennent surtout aux synovites secondaires. Celles-ci, quelle que soit leur cause, s'annoncent d'elles-mêmes. Garnier admet une période d'incubation (1) ; elle existe peut-être, mais elle passe le plus souvent inaperçue. Le malade, que son affection primitive avait laissé indifférent, est pris de douleurs brusques qui s'étendent à la plus grande partie de la gaîne intéressée ; elles sont continues, lancinantes et constrictives. Les plus légers mouvements des doigts les exaspèrent. S'il s'agit de la paume de la main, la sensation de pression est vive, il y a un véritable étranglement au voisinage des détroits synoviaux. En même temps la peau rougit ; les saillies semblent affaissées, les dépressions comblées ; les doigts sont fléchis. On est encore heureux quand les culs-de-sac supérieurs ne se rompent pas et que l'inflammation ne s'étend pas aux tissus du voisinage, car parfois des phlegmons diffus ayant cette origine ont présenté le caractère gangréneux et abouti à la mort; d'autres fois, l'extension se fait par contiguité. Nous avons eu, il y a quelques années, un exemple remarquable d'arthrite secondaire : « Un jeune homme reçoit presque à bout portant dans la paume de la main droite un coup de revolver chargé à petit plomb, tous les grains se logent dans les tissus, il n'y a pas de trous de sortie : quelques jours plus tard, survient une tuméfaction énorme de la face dorsale de la main et de l'avant-bras, ayant le même caractère que dans les synovites de la gaine des extenseurs des doigts. L'articulation radio-carpienne, qui tout d'abord semblait indemne, s'enflamme peu de temps après ; le gonflement est tel qu'il est difficile de localiser la maladie; puis l'extrémité de l'avant-bras s'œdématie et devient cylindroïde ; de place en place on voit des sillons peu accusés qui correspondent aux points où les aponévroses présentent le plus de résistance.

« La forme particulière de la main, la griffe est caractéris-

(1) Thèse de Paris, 1879.

tique ; la pulpe des doigts arrive au contact de la surface palmaire dont les téguments, dans certains cas, peuvent être déprimés. Bien loin que le malade puisse procéder spontanément au redressement, le chirurgien lui-même n'y peut parvenir tant la douleur provoquée est violente. »

Vous comprenez que dans ces conditions l'état général souffre : il y a des frissons, une élévation de température, une augmentation de la fréquence du pouls, de l'insomnie par suite de la douleur; parfois des troubles digestifs. La marche, avons-nous dit, est progressive, pour notre compte nous n'avons presque jamais vu les rétrocessions survenir à la période de suppuration. Par contre, l'ulcération des gaînes est de règle. Il y a lieu de croire que cette complication est favorisée par le glissement des tendons.

Lorsque l'on a affaire à une phlegmasie de l'une des deux grandes synoviales palmaires, les gaînes digitales se prennent secondairement; l'inverse peut arriver, comme vous l'avez vu une fois chez un jeune homme du service.

A la suite d'une morsure de chat à la pulpe de l'index gauche, la synoviale correspondante s'enflamma ; celle du médius fut envahie les jours suivants, il y eut même une lymphangite de l'avant-bras, mais les séreuses carpo-phalangiennes interne et externe restèrent saines.

La marche peut présenter des interruptions, les récidives sont fréquentes ; une première synovite constitue une prédisposition pour une seconde. « Lorsqu'un individu atteint d'une semblable maladie s'expose de nouveau aux causes qui l'ont fait naître, il doit s'attendre à une récidive dont les conséquences peuvent être plus graves que la première fois. » C'est ce qui est arrivé chez un malade dont je vous ai dit un mot plus haut, qui eut une synovite suppurée après l'inflammation d'une verrue de la base de l'index gauche. On ouvrit la collection et tout semblait fini, lorsqu'au bout d'un mois des accidents analogues se montrèrent du côté du médius.

Nous pouvons conclure de tout ceci que la synovite secondaire aiguë est grave, parce qu'elle amène souvent le

sphacèle et l'exfoliation des tendons. Dans les cas plus bénins, elle détermine des adhérences entre eux et leur enveloppe et laisse ainsi après elle une véritable infirmité.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic ; je me propose d'y revenir à la fin de ces leçons, lorsque nous connaîtrons en détail toutes les affections dont nous avons abordé l'étude.

CINQUIÈME LEÇON

LES AFFECTIONS DES SYNOVIALES TENDINEUSES

INFLAMMATIONS CHRONIQUES. — LÉSIONS QU'ELLES DÉTERMINENT. — LEUR PATHOGÉNIE. — LEURS SYMPTOMES.

Si jusqu'ici, Messieurs, nous avons laissé au second plan les questions purement théoriques, si nous avons parlé d'une façon très-brève des lésions anatomiques, c'est que leur étude ne nous eût fourni que des renseignements d'une utilité contestable; cette fois, nous serons obligés de procéder différemment et de nous rapprocher un peu plus des méthodes suivies dans la pathologie pure. Il nous serait difficile d'établir une division rationnelle, de poser même les indications des traitements si nous n'avions pas une idée bien arrêtée sur la nature et le mode de développement des productions en présence desquelles nous allons nous trouver.

Nous avons vu des inflammations à divers degrés des synoviales musculaires : les unes franchement aiguës, le plus souvent secondaires; les autres subaiguës ayant pour origine une affection lointaine. La transition entre ces dernières et les inflammations chroniques est insensible. Nous trouvons des épanchements liquides, dont la formation est tellement insidieuse, qu'on les rattache parfois aux hydropisies; les variétés correspondent aux qualités de l'exsudat. Il peut être sérieux, renfermer des corps albuminoïdes que leur aspect et leur forme rapprochent des grains d'orge ou de riz; puis,

devenir rare, et finir par disparaître : la gaîne ne contient presque alors que des grains riziformes ; en revanche, ses deux feuillets se tapissent parfois d'une épaisse couche de fongosités, qui gagnent les parties voisines et font saillie vers l'extérieur Nous verrons d'abord les synovites chroniques séreuses, simples et à grains riziformes, en dernier lieu la synovite fongueuse.

a. **Synovites chroniques à épanchement séreux, et à grains riziformes.**

Nous avons peu de choses à dire sur la première variété, Virchow et Nicaise (1) croient qu'elle présente un stade d'irritation simple, caractérisé par l'augmentation du liquide normal de la séreuse et que sa transformation gélatineuse correspond à une période plus avancée.

Si je n'insiste pas davantage, il ne faudrait point en conclure que la maladie en question soit exceptionnelle ou même rare. Ceux d'entre vous qui suivent régulièrement nos leçons savent, au contraire, qu'elle est plus fréquente que les synovites à grains riziformes, sur lesquelles nous nous arrêterons assez longuement. Mais elle n'a donné lieu ni à autant de discussions, ni à autant de méthodes de traitement, c'est une affection classique, si je puis m'exprimer de la sorte, sur la nature de laquelle on est à peu près d'accord et dont nous aurons à tenir compte surtout au moment du diagnostic.

La synovite à *grains riziformes* est commune dans les gaînes des fléchisseurs des doigts, mais on l'a observée assez souvent dans celles d'autres muscles : elle a été appelée hydropisie, kyste ou hygroma péritendineux. Dupuytren, qui la décrivit le premier, prit les corps riziformes pour des hydatides (2). Depuis lors, Velpeau (3), Gosselin (4), Michon (5),

(1) *Anatomie pathologique de la synovite tendineuse à grains riziformes ou de la synovite sèche*. Gaz. méd. de Paris, 1872, p. 98. — (2) *Des kystes séreux contenant des petits corps blancs et hydatides*. Leçons orales, 2e éd., 1839, t. II, p.148. — (3) *Recherches... sur les cavités closes naturelles et accidentelles*. Paris, 1843. — (4) *Loc. cit.* — (5) *Tumeurs synoviales de l'avant-bras...* Conc. Chaire de Clin. chirurg., 1851.



Follin en France (1), Hyrtl, (2) Meckel (3), Virchow et Volkmann (4) en Allemagne, l'ont étudiée et ont tenté d'expliquer la nature et la formation des petits corps isolés qu'elle présente.

Nous allons voir successivement les altérations de la synoviale et des organes voisins, puis les grains riziformes.

« La structure des gaînes synoviales est assez simple, dit Nicaise, elles sont formées d'un tissu conjonctif mince. disposé en une couche assez finement feutrée et confondue par sa face externe avec celui des parties voisines ; et une surface interne, lisse, unie, tapissée par une couche de cellules d'épithélium pavimenteux. »

Dans les synovites à grains riziformes, les lésions que l'on peut constater à l'œil nu consistent dans l'épaississement des deux feuillets de la séreuse, dont la surface devient irrégulière et dépolie. Les inégalités sont constituées par une série de franges dont quelques-unes, étalées à leur base, ont été comparées par Paris au veru-montanum (5), dont les autres plus saillantes se renflent en massue à leur extrémité libre et se pédiculisent. Entre ces productions limitées et relativement régulières, on voit des plaques fibrineuses à contours mal formés ; ces dépôts n'ont pas une épaisseur suffisante pour combler la cavité ; ils la diminuent par endroits, mais ne l'oblitèrent nulle part. Les enlève-t-on par le raclage, on s'aperçoit qu'ils ont pénétré plus ou moins profondément dans les tissus sous-jacents. Au feuillet viscéral, les fibres conjonctives sont écartées par d'autres dépôts granuleux, dans lesquels le microscope ne montre aucune structure.

Du côté des tendons, les altérations sont de même nature et souvent plus profondes ; Nélaton avait déjà remarqué que quand on enlève les franges, on voit au-dessous d'elles une sorte de chevelu formé en apparence de fibres tendineuses, dissociées (Voy. fig. 19).

Dans un cas extrêmement remarquable observé par

(1) *Loc. cit.* — (2) Med. Iahrb. d. Öster. Staats 1842. Bd XXXIX, p. 261. — (3) Mikrogeologie, Berlin, 1856. Bd 241. — (4) Krankh. d. Bewegungsorgane, p. 827, note. et Beitr. zur Chir, p. 206 et suiv. — (5) Thèse de Paris, 1878.

Volkmann la lésion était assez prononcée pour avoir détruit en grande partie un tendon à son insertion digitale; lors de l'intervention opératoire, les rares fibres qui avaient résisté cédèrent elles-mêmes et on dut l'extirper tout entier avec sa gaîne. Voici ce qu'il présentait : l'extrémité inférieure était transformée en une sorte d'expansion radiculaire, les fibres contournées et tortueuses formaient un buisson qui flottait librement et en grande partie dans la cavité. Toutes sans exception étaient entourées d'un véritable surtout albuminoïde granuleux et sans traces de structure. Les unes étaient libres et minces à leur extrémité, les autres, au contraire, se terminaient brusquement dans un renflement ovoïde et aplati amorphe lui-même; il était impossible de découvrir la moindre trace du passage de la fibre à la plaque terminale; celle-ci semblait purement et simplement une expansion de l'enveloppe (Voy. fig. 18 et 19).



Fig. 18. — Grains riziformes appendus à l'extrémité des fibres tendineuses, détachés, d'après Volkmann.

Les grains riziformes se présentent sous deux aspects : les uns sont réguliers, lisses, d'un blanc nacré; les autres sont légèrement grenus, moins ovoïdes que les premiers; leurs faces sont limitées par des arêtes latérales très-nettes. Volkmann a montré que ceux-ci ressemblent beaucoup plus aux grains encore adhérents que les premiers.

A la coupe, les uns et les autres présentent une constitution homogène, certains semblent formés de couches fibrineuses imbriquées et sont creusés à leur centre d'une cavité conte-

nant de la sérosité et quelques gouttelettes de graisse. Au microscope, les corps réguliers ne présentent aucun élément anatomique, ce sont des conglomérats albuminoïdes. Dans les autres on trouve, avons-nous dit déjà, quelques vésicules adipeuses, une sorte de réticulum conjonctif à grosses cellules ; leur structure a été étudiée avec beaucoup de soin par Ranvier, qui en a donné la description suivante :

« Ces grains immergés dans une solution de nitrate d'argent ne présentent pas à leur surface de figure épithéliale. Durcis dans l'alcool absolu, et coupés en tranches minces, ils fournissent des préparations dans lesquelles on ne voit qu'une masse granuleuse sans trace de disposition concentrique ; ces coupes traitées par le picro-carminate de d'ammoniaque et conservées dans la glycérine ne présentent d'abord qu'une masse colorée dans laquelle on a de la peine à reconnaître des taches plus colorées correspondant à des noyaux, mais, au boutde quelques semaines, l'élection du carminate est complète, et les noyaux sont parfaitement distincts de la substance fondamentale ; celle-ci est colorée en rose clair, elle paraît formée d'un réticulum albuminoïde à peine distinct, contenant de fines granulations graisseuses. On y observe aussi des noyaux fortement colorés par le carmin, arrondis, circulaires en bâtonnets, de forme irrégulière. La plupart de ces noyaux paraissent nettement contenus dans des cellules ; ils sont abondants à la périphérie de chaque corps riziforme. Dans l'intérieur de ces corps, ils sont disséminés d'une manière irrégulière ou groupés en petits amas. Tous ces noyaux paraissent appartenir à des cellules lymphatiques, qui très



Fig. 19. — Formation des grains riziformes. — Rapport des fibres tendineuses avec les dépôts fibrineux, d'après Volkmann.

probablement ont pénétré dans l'intérieur de la masse albuminoïde (1). »

Les examens histologiques ne nous renseignent donc guère sur la provenance de ces singuliers produits que l'on ne trouve dans aucune autre cavité. Pour l'expliquer on a émis des hypothèses de deux ordres, les unes qui placent le point de départ de tout dans le liquide, les autres d'après lesquelles la séreuse serait touchée en premier lieu.

Il y a longtemps déjà que Velpeau, ayant reconnu l'inexactitude de la théorie parasitaire de Dupuytren et Raspail, considéra les grains riziformes comme de simples *coagula* synoviaux; le liquide agité, soumis à des refoulements, à des pressions incessantes et en divers sens, laisserait déposer des fragments de fibrine qui, grâce aux frottements, finiraient par acquérir une disposition arrondie et régulière; ceux qui sont adhérents se seraient greffés ultérieurement sur les parois.

Pour Gosselin et Duplay, les choses se passent autrement : il se forme des bourgeons sur la synoviale, peu à peu ceux-ci se pédiculisent, se détachent et viennent flotter dans le liquide ambiant. Virchow admet la même chose et donne à la maladie le nom d'*hygroma proligère*.

Les deux hypothèses sont vraisemblables, mais l'une et l'autre présentent des points faibles. Admet-on la seconde, on s'explique difficilement l'absence de tout revêtement épithélial à la surface des grains riziformes; en outre, le plus grand nombre d'entre eux sont de simples caillots fibrineux sans éléments figurés, et dont on peut suivre en quelque sorte la formation d'après le mode d'imbrication des couches. D'un autre côté, l'hypothèse de Velpeau explique mal l'irrégularité de la forme et les différences de structure. Il n'est nullement étonnant que dans ces conditions on ait vu naître des opinions mixtes relatives à l'influence simultanée ou successive des deux causes. Telles sont celles de Nicaise et de Volkmann. Le premier croit, comme Velpeau, que la coa-

(1) *Thèse de Fayolle*. Paris, 1873.

gulation est le point de départ de tout; mais les grains ne se forment pas spontanément comme un précipité. Les surfaces de la séreuse, dépolies par un processus inflammatoire de longue durée, se recouvrent d'une couche fibrineuse; sous l'influence des frottements, elle se fragmente en îlots, en franges qui s'accroissent par la périphérie, se pédiculisent et finalement deviennent libres. Volkmann admet que les petits grains réguliers et mobiles diffèrent complétement de ceux qui sont adhérents; les premiers sont formés spontanément comme l'avait dit Velpeau; les seconds qui deviennent libres à leur tour, mais conservent une forme particulière et une structure rudimentaire, résultent des dépôts qui se sont faits successivement sur des franges accidentelles; certains même, indépendants d'abord, se greffent sur des surfaces dépolies. La coagulation des matières albuminoïdes de la synovie jouera donc le principal rôle dans la formation des grains riziformes; l'auteur a observé un processus analogue dans certaines variétés d'arthrite déformante; une fois même il a trouvé dans l'articulation du genou des corps étrangers qui semblaient produits de cette manière.

Vous voyez qu'il est même difficile en pareil cas d'adopter une opinion à l'exclusion d'une autre, d'autant mieux que, comme je vous le disais, toutes ont leurs vraisemblances et leurs côtés faibles.

Pour mon compte, j'inclinerais à admettre, comme Nicaise et Volkmann, une théorie mixte et à voir dans le dépolissement inflammatoire de la synoviale la cause première de tout; le reste doit être mis sur le compte des dépôts et des mouvements des tendons. Leur invasion par une masse fibrineuse amorphe qui en écarte peu à peu les fibres me paraît d'autant plus probable qu'elle permet d'expliquer certains faits rares, comme un que jai eu l'occasion de vous montrer à cette clinique, et dont je vous rappellerai l'observation.

Le 28 octobre 1875, entra dans notre service un ouvrier menuisier âgé de quarante-deux ans, portant sur la face dorsale du pouce une petite tumeur dont la direction correspondait exactement à celle du court extenseur de ce doigt;

pendant les mouvements, elle subissait un déplacement vertical de un centmètre. Très-mobile si le pouce était dans la flexion, elle était au contraire fixe quand il était étendu. Lorsque nous eûmes incisé la gaîne synoviale, nous nous aperçûmes que cette tumeur était au-dessous d'elle et comprise tout entière dans l'épaisseur du tendon. Cette variété n'a pas été décrite jusqu'ici ; si l'on admet la théorie de Volkmann, il y aurait eu d'abord un dépôt fibrineux qui, au lieu de s'étendre en surface, aurait gagné peu à peu en profondeur, puis il se serait formé une cavité, comme la chose arrive pour les grains riziformes.

L'étiologie est moins connue encore que la pathogénie. Les traumatismes et les mouvements exagérés sont le plus souvent mis en cause : un de nos malades remarque un soir,

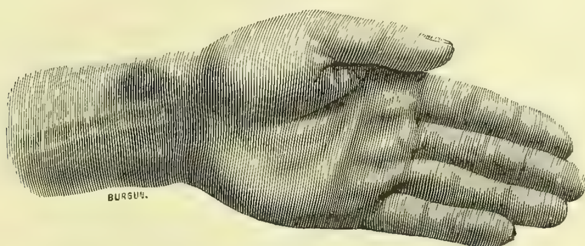


Fig. 20. — Synovite chronique isolée de la gaîne carpo-phalangienne externe (Musée, 215).

après un surcroît de travail, qu'il ne peut fermer la main ; un autre dit que la tumeur a débuté après un excès de fatigue ; un brocheur faisait remonter l'origine de sa maladie à un effort brusque.

Cette influence paraît probable quand on songe à la préférence de la maladie pour les gaînes du poignet et de la main. Notre collection pathologique renferme 27 spécimens de synovites chroniques et nos leçons comprennent 4 observations dont le moule n'a pas été pris. Sur ces 31 cas, 3 seulement sont relatifs à des muscles de la jambe et du pied, péroniers latéraux, extenseurs des orteils ; de plus la main droite a été intéressée seule 14 fois, la gauche 4 fois, les deux en même temps 2 fois seulement. On a voulu établir de la même manière une

prédominance en faveur des fléchisseurs. Nicaise a dit que la synovite tendineuse à grains riziformes est très-rare à la face dorsale du poignet. En 1871, à l'époque où il publia son mémoire, il n'en connaissait que quelques observations; nous sommes porté à croire à une fréquence plus grande. Ainsi, sur nos 31 cas de synovites chroniques, 13 sont relatifs aux gaînes de la face dorsale; dans ce nombre on en trouve au moins 4 à 5 dans lesquels la présence de grains riziformes a été démontrée par l'opération; des deux observations de Volkmann, une se rapporte aux extenseurs et une autre aux fléchisseurs.

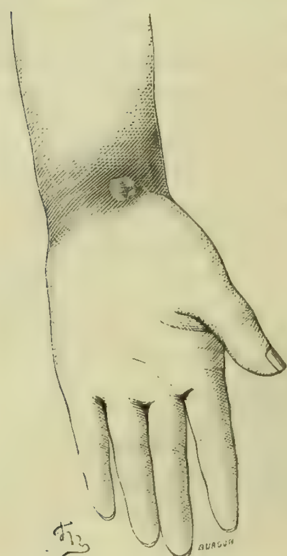


Fig. 21. — Synovite superficielle limitée à la gaîne du grand palmaire (Musée, 117).

L'influence des professions est incertaine: les quatre observations données avec détail dans nos cliniques de 1875 sont relatives à un concierge, à un garçon de lavoir, à un épicier et à un brocheur. Dans le dernier cas seulement, on peut rattacher la maladie aux occupations habituelles, il n'y a donc pas de raison de parler seulement, comme on l'a fait quelquefois, des synovites des pianistes ou des typographes.

L'âge crée une prédisposition : les synovites tendineuses chroniques sont fréquentes surtout chez les adultes et les jeunes gens, on les observe rarement chez des vieillards; la symétrie et la multiplicité des lésions trouvées dans certains cas permettent de supposer qu'il existe une cause générale rhumatoïde ou autre.

Voyons maintenant les symptômes et la marche : le début est insidieux; deux phénomènes attirent surtout l'attention : la gêne motrice et la déformation. Lorsque les gaînes palmaires sont atteintes, l'augmentation de volume est peu visible d'abord, mais les individus se plaignent de fermer la

main difficilement, de ne pouvoir étreindre les objets comme auparavant. Pour la face dorsale, ils sont surtout frappés par la disparate des deux mains.

Du côté de la face palmaire les déformations se résument à quatre types fondamentaux dont trois correspondent à l'in-

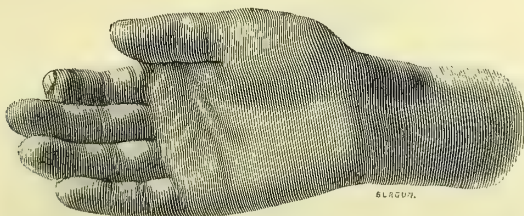


Fig. 22. — Synovite chronique limitée à la gaîne carpo-phalangienne externe (Musée, 227).

vasion des deux grandes séreuses profondes, dont le dernier ne s'observe que quand les gaînes du grand ou du petit palmaire sont seules intéressées.

Nous avons 1° une saillie externe avec rapprochement



Fig. 23. — Synovites chroniques indépendantes des deux gaînes de la face palmaire profonde (Musée, 12).

et immobilisation partielle du pouce (Voy. fig. 20 et 22).

2° Un saillie interne se limitant à la paume de la main et s'étendant parfois jusqu'au petit doigt.

3° Deux gonflements indépendants correspondant aux éminences palmaires et séparées par un sillon plus profond qu'à l'état normal (Voy. fig. 23).

4° Une saillie médiane et superficielle (fig. 21).

Je n'ai pas besoin d'ajouter que ces formes fondamentales présentent des variations nombreuses suivant la disposition des prolongements digitaux, suivant les communications accidentelles des deux gaînes. Vous voyez dans cette pièce



Fig. 24. — Synovites chroniques simultanées des deux gaînes palmaires profondes et de leurs expansions digitales (Musée, 14).

que la flexion de l'index accompagne un épanchement dans la carpo-phalangienne interne (Voy. fig. 22); dans cette autre, les deux sacs palmaires semblent avoir conservé leur indépendance. Seulement le gonflement du petit doigt se continue presque sans interruption avec celui de la moitié interne de sa gaîne (Voy. fig. 23) ; enfin dans cette dernière pièce toutes les dépressions palmaires sont effacées, toutes les expansions digitales, sauf celles

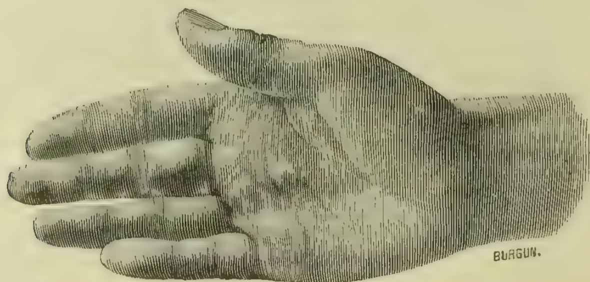


Fig. 25. — Synovite chronique limitée à la gaîne du tendon fléchisseur du médius (Musée, 250).

du pouce et de l'auriculaire, sont prises; l'index est fléchi, les doigts sont renflés vers leur base, la déformation remonte jusqu'à l'avant-bras (Voy. fig. 24). Chez ce malade, les extenseurs étaient intéressés en même temps que les fléchisseurs.

A côté de ces déformations classiques, si je puis m'exprimer de la sorte, permettez-moi de vous en montrer une autre beaucoup plus rare, dans laquelle tout semble s'être passé vers la surface. Au lieu des proéminences latérales que vous avez constatées, il n'y a qu'une saillie médiane et les doigts sont absolument indemnes : c'est une synovite chronique limitée à la gaîne du grand palmaire (Voy. fig. 21); dans cette dernière pièce celle du fléchisseur du médius est prise isolément (Voy. fig. 25).



Fig. 26. — Synovite chronique. — Extenseur commun des doigts (Musée, 373 *bis*).



Fig. 27. — Synovites chroniques dorsales et palmaires. — Face dorsale (Musée, 14).

A la face dorsale, nous retrouverons également une variété très-commune, correspondant aux épanchements de la gaîne des extenseurs. Elle est caractérisée par une saillie métacarpienne, séparée d'une saillie antibrachiale par un rétrécissement correspondant au ligament dorsal du carpe



Fig. 28. — Synovite chronique. — Long extenseur du pouce (Musée, 353).

(Voy. fig. 26); en outre, on peut rencontrer des variétés nombreuses suivant que l'affection est accompagnée d'une tuméfaction analogue du côté de la face interne de

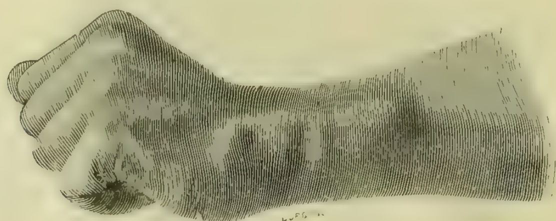


Fig. 29. — Synovite chronique. — Extenseur de l'auriculaire (Musée, 99 *bis*).

la main (Voy. fig. 27), suivant qu'elle se limite à telle ou telle gaîne. En voici un cas relatif au long extenseur du pouce (fig. 28), un autre à l'extenseur propre de l'auriculaire (fig. 29).

On rencontre des déformations analogues mais moins fréquentes à la jambe : nous en avons vu un exemple à propos

des synovites séreuses multiples et symétriques ; puis deux autres, l'un dans lequel les extenseurs des orteils ont été pris (Voy. fig. 30); dans ce dernier, tout s'est passé du côté des péroniers latéraux (Voy. fig. 31).

Jusque là, nous avons enregistré des caractères communs à toutes les variétés de synovites chroniques ; lorsque nous complèterons par le toucher les données que nous a fournies l'examen de la région, nous trouverons ou du moins nous pourrons provoquer des phénomènes différents, suivant la nature du contenu. Tantôt nous ne constaterons qu'une fluctuation assez obscure, plus marquée dans l'extension si la tuméfaction correspond au trajet des fléchisseurs ; manifeste surtout dans la flexion quand il s'agit des extenseurs ; dans d'autres cas, la rénitence et l'élasticité l'emporteront, mais en comprimant latéralement ou dans le sens du grand axe de la tumeur, on provoquera un son difficile à percevoir et plus difficile encore à qualifier. C'est un bruissement confus non continu ; on l'a comparé au frottement de l'amidon ou de la neige, sans en donner une idée bien nette. Je n'ai pas besoin de vous dire que ce bruit diffère sensiblement de la crépitation des synovites sèches, qu'il est produit par le glissement des concrétions intraséreuses sur les parois d'un espace rétréci ou par leur frottement réciproque. C'est un symptôme de valeur, mais non pas pathognomonique ; on trouve parfois des grains riziformes lorsqu'il avait été impossible de le produire.



Fig. 30. — Synovite chronique. — Extenseur commun des orteils (Musée, 135).

En résumé, la symptomatologie des synovites tendineuses chroniques avec épanchement séreux simple ou à grains

hordéiformes se résume à peu de chose : gêne fonctionnelle, déformation, fluctuation obscure, voilà les symptômes communs ; froissement particulier et mal caractérisé, voilà le phénomène fondamental de la seconde variété.

b. Synovites chroniques fongueuses.

Si vous le voulez bien, nous en aborderons l'étude par un exemple, que nous avons vu ensemble, il y a quelques mois seulement.

Obs. I. — Gais (Léon), vingt-huit ans, garçon de magasin, entre le 15 mars 1878, salle Sainte-Marthe, 2. Ce malade est amaigri, anémique et scrofuleux. Pendant son enfance, il a eu des manifestations répétées du côté des ganglions du cou, du cuir chevelu, de la conjonctive, puis des tumeurs blanches des deux coudes ; à l'âge de cinq ans, elles évoluèrent simultanément en donnant lieu à de la gêne des mouvements de l'avant-bras, à une tuméfaction lente et progressive des parties molles et des extrémités osseuses, sans changement de coloration des téguments et sans vive douleur; plus tard, il se fit des abcès péri-articulaires qui laissèrent à leur place des trajets fistuleux tapissés de fongosités ; une tendance marquée des avant-bas à se mettre dans la flexion ; une atrophie des segments du membre, sus et sous-jacents à l'articulation ; à quinze ans, la guérison s'effectue par ankylose dans une flexion légère du coude droit; dans la flexion à angle droit du coude gauche. Vers l'âge de dix ans, une angine grave avait mis en danger la vie du malade, déjà compromise par l'altération profonde de l'état général. A quatorze ans, il commença à souffrir vers le côté externe du pied droit, sur le trajet des tendons des péroniers latéraux. D'abord, gêne légère dans les mouvements d'abduction et de rotation



Fig. 31. — Synovites chroniques de la gaîne des péroniers latéraux (Musée, 196).

en dehors, puis douleurs sourdes contusives, exacerbantes, irradiées vers le tiers inférieur de la jambe; en même temps survinrent de la tuméfaction et de la rougeur des téguments. Ces symptômes augmentèrent lentement et progressivement. Plus tard, la gaîne des extenseurs des orteils se prit. Toute la région péri-articulaire devint rouge, tuméfiée, douloureuse à la pression et dans les mouvements. L'inflammation envahit les os sous-jacents et particulièrement le calcanéum, des abcès se formèrent et s'ouvrirent spontanément en donnant issue à un pus séreux, mal lié, contenant des grumeaux caséeux et de petits séquestres. Les orifices restés fistuleux se tapissèrent de fongosités exubérantes; la marche devint complètement impossible et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A ce moment nous constatons : 1° l'ankylose des deux coudes dans les positions que nous avons décrites, puis au-dessus de l'olécrâne droit une croûte épaisse, violacée, trace d'une scrofulide récemment guérie. Le pied droit est complétement déformé. Tuméfaction péri-articulaire énorme, surtout au niveau de la malléole externe. La peau est rouge, violacée, en quelque sorte criblée d'orifices fistuleux, à bords décollés. Sur cette malléole on voit un champignon fongueux du volume d'un œuf de poule, constitué par une masse de bourgeons charnus, pâles, mollasses, saignants, imbibés de sanie purulente; au pourtour la peau est ulcérée, décollée sur une étendue variant de un millimètre à un centimètre. De ce côté la tuméfaction remonte sur le quart inférieur de la jambe en suivant le trajet des péroniers latéraux. Sur le cou-de-pied au niveau de l'interligne articulaire on voit un orifice fistuleux en activité, sorte de fente verticale de 2 millimètres de hauteur. Les bords exsangues, décolorés par la macération, sont décollés sur une étendue de un millimètre. Sur le dos du tarse, aunive au du second cunéiforme, on trouve un autre orifice en tous points semblable aux précédents. Le bord interne du tarse paraît moins malade, le gonflement y est peu marqué, néanmoins on y retrouve au-dessous de la malléole, et disposés sur une même ligne intéro-antérieure, trois orifices fistuleux.

Le plus postérieur est fermé; les deux autres sont en activité et laissent écouler, comme ceux de la face dorsale, du pus séreux, mais ici le liquide est moins chargé de grumeaux. La voûte plantaire est effacée par la tuméfaction, et ne présente aucune trace de fistule. L'exploration des trajets à l'aide du stylet et le toucher révèlent que les tendons des péroniers et des extenseurs, ceux qui passent dans la gouttière interne du calcanéum, sont recouverts de fongosités; les os sont le siége de périostite fongueuse, et même de carie; cette lésion est surtout marquée au niveau de la malléole péronière, sur la face externe du calcanéum et sur le second cunéiforme. Le

stylet pénètre en tous ces points dans un tissu osseux, ramolli, friable en produisant la crépitation particulière due au brisement des trabécules amincies et en voie de résorption.

L'articulation tibio-tarsienne paraît respectée ; on peut lui communiquer tous ses mouvements, sans produire de craquements et sans déterminer de trop vives douleurs. Il est assez difficile de se rendre un compte exact de l'état des articulations du tarse qui sont marquées par le gonflement des parties molles ; toutefois, il est probable qu'elles ne sont pas le siège de désordres bien avancés, le stylet ne pénètre dans aucune d'elles et les lésions appartiennent surtout aux gaînes tendineuses et aux couches artificielles des os. Le métatarse et les orteils sont normaux. Les mouvements spontanés du pied sont conservés mais limités ; toutefois, le malade ne peut se tenir debout qu'à la condition de ne pas poser à terre son pied droit. L'état général est profondément altéré, bien que les organes thoraciques et abdominaux soient sains. Emaciation notable, débilité, anémie.

13 *avril* 1878. — *Chloroforme.* A l'aide du thermo-cautère, nous enlevons le champignon fongueux qui recouvre la malléole externe, puis nous faisons l'igni-puncture profonde au niveau des gaînes tendineuses envahies. L'opération s'effectue sans hémorrhagie et sans qu'il soit nécessaire de laisser de pinces hémostatiques sur les vaisseaux. Pansement ouaté compressif. Pas de réaction fébrile. Le pansement est laissé en place pendant quinze jours ; quand on l'enlève, on trouve une plaie large de deux travers de doigt et longue de 4 centimètres ; la tuméfaction des parties voisines a notablement diminué. Somme toute, le pied a très-bel aspect surtout si on le compare à ce qu'il était avant l'opération. Nouveau pansement alcoolisé, phéniqué et ouaté compressif qu'on renouvelle tous les jours. — Cautérisation de la surface de la plaie au nitrate d'argent. La cicatrisation marche très-rapidement. Sous l'influence de la compression, du repos et du traitement général iodurė, l'état du pied s'améliore de jour en jour.

11 *mai*. — Il ne reste plus qu'une plaie linéaire, longue de deux centimètres. Le malade demande à partir pour Vincennes.

Cette intéressante observation nous apprend beaucoup sur l'étiologie, sur les symptômes, sur la nature même de la maladie. Il nous suffira de discuter plusieurs points; de signaler quelques particularités relatives au début, et vous serez parfaitement édifiés sur cette partie de notre sujet.

Nous avions affaire à un individu chez lequel la scrofule s'était manifestée dès l'enfance, non point par des troubles

passagers et insignifiants, comme des éruptions crustacées du cuir chevelu, des conjonctivites légères ou quelques adénopathies, mais par des accidents graves, tenaces, se développant alternativement dans un appareil et dans un autre. A peine le chapelet ganglionnaire s'est-il accusé, qu'un des deux coudes se prend; un an plus tard, l'autre est atteint et les arthropathies suivent une marche progressive et parallèle; il y a suppuration, formation de fistules, carie. Lorsque tout semblait fini et que la guérison par ankylose des deux tumeurs blanches huméro-cubitales, pouvait faire espérer au malade une longue période de tranquillité, un processus analogue se montre du côté du membre inférieur; cette fois tout se passe dans les synoviales des extenseurs des orteils et des péroniers



Fig. 32. — Synovite fongueuse. — Gaîne du cubital postérieur (Musée, 173).

latéraux. La marche est envahissante et rapide ; à la suite d'une série de poussées aiguës ou subaiguës, les téguments s'ulcèrent, et les bords de la solution de continuité deviennent l'origine d'un champignon fongueux; les os sont envahis eux-mêmes et détruits. Il serait difficile de trouver un tableau plus complet d'une variété redoutable des synovites chroniques. J'ai parlé de la scrofule comme de la cause originelle ; la méthode de traitement suivie et la guérison ne nous ont pas permis de pousser plus loin notre analyse, mais je crois qu'ici la diathèse avait une expression anatomique visible ; je crois qu'il s'agissait d'affections tuberculeuses, analogues à celles dont je vous ai montré plusieurs fois des exemples, chez des individus ayant succombé avec des tumeurs blanches fémoro-tibiales. La multiplicité des mani-

festations, leur développement spontané, leur marche par soubresauts, tout est conforme à cette hypothèse.

Les synovites fongueuses chroniques ne se développent pas toujours dans les mêmes conditions ; les individus qui en sont atteints peuvent être dans un état de santé florissant en apparence ; il y a eu une cause accidentelle, parfois opératoire, au développement de la maladie ; nous allons passer brièvement en revue l'état de nos connaissances sur ce point et les comparer à ce que l'expérience vient de nous apprendre.

La synovite fongueuse n'est presque jamais primitive, elle a le plus souvent une origine traumatique, tantôt une contusion,



Fig. 33. — Synovite fongueuse. — Fléchisseur propre de l'index (Musée, 158).

une plaie intéressant directement la synoviale, comme vous l'avez vu chez un jeune homme traité dans ce service, au mois de mars 1874, à la suite d'une morsure de chat (Voy. fig. 33). D'autres fois, les fongosités se développent après une intervention opératoire inopportune. Un individu présente une synovite chronique simple ou à grains riziformes, on passe un drain, on fait une injection iodée, la maladie ne guérit point et les deux feuillets de la synoviale se couvrent de granulations inflammatoires. Le traumatisme ou plutôt les traumatismes habituels jouent encore dans l'étiologie un rôle moins direct, mais aussi important. L'inflammation prend la forme que nous étudions surtout chez des jeunes gens

exerçant des professions, qui exigent un exercice exagéré des muscles intéressés ; elles sont plus rares chez les femmes. Follin croit que la constitution n'exerce aucune influence : nous ne saurions partager cette opinion. Dans le fait que je vous ai rapporté à l'instant, il était impossible de rattacher l'affection des muscles de la jambe à une cause professionnelle ou à un traumatisme. L'éclosion fut absolument spontanée et n'eut d'autre origine que la diathèse. On s'explique à la rigueur que les synovites chroniques. suivies de suppurations profuses, de trajets fistuleux, puissent devenir fongueuses spontanément, que l'orifice cutané se recouvre de bourgeons charnus sous l'influence des irritations répétées, déterminées par l'écoulement



Fig. 34. — Fongus malin de la synoviale de l'extenseur commun des orteils (Musée, 3).

constant des liquides morbides; que le trajet, puis la cavité tendineuse soient envahis à leur tour. Nous avons constaté bien souvent ce processus au voisinage des fistules ostéopathiques; nous avons vu sur les ganglions atteints de suppurations chroniques des masses fongueuses conglomérées. Ici pourtant les choses ne se passent pas fréquemment de la sorte; souvent la séreuse est envahie depuis longtemps lorsque rien au dehors ne décèle son état. Il me paraît donc impossible d'exclure la prédisposition créée par l'état général; pour moi l'étiologie se résume en deux mots : scrofule et traumatisme.

J'insisterai peu sur les caractères de la lésion anatomique. Les feuillets privés de leur épithélium se couvrent de saillies

bourgeonnantes bien décrites par Deville (1). Leur coloration varie d'après le nombre de vaisseaux qu'elles renferment : tantôt elles sont rouges violacées, saignent au moindre contact. Si au contraire les éléments granulo-graisseux prédominent, elles sont molles, flasques et plus pâles. Elles se rapprochent plus ou moins par leur sommet, cloisonnent la cavité, emprisonnent de la sérosité, parfois des grains riziformes.

Les lésions du voisinage sont peu marquées ; en général les tendons sont absolument intacts ; lorsque l'on a enlevé l'épais surtout de fongosités qui les recouvrent, on trouve leurs fibres avec leur volume et leurs rapports normaux. Le tissu cellulaire environnant le feuillet externe est épaissi et induré ; les téguments sont perforés tantôt régulièrement, comme dans ce cas (Voy. fig. 32); d'autres fois, d'une manière irrégulière. A la paume de la main, les altérations s'étendent parfois jusqu'aux os ; on a vu de l'ostéite condensante.

Il est peu probable que les lésions puissent rétrocéder et disparaître. Broca a cependant présenté autrefois à la Société anatomique (1851) les synoviales des extenseurs communs des doigts en dégénérescence graisseuse. Était-ce bien le résultat de la transformation d'une masse fongueuse ? ou n'était-ce pas plutôt une oblitération du kyste par accumulation de graisse à sa face externe, comme on l'observe dans certains sacs herniaires (2) ?

Avant de terminer, je dois vous faire remarquer qu'il n'a été question jusqu'ici que de fongosités d'origine inflammatoire, c'est-à-dire d'une affection longue et ennuyeuse mais ne présentant point les caractères de la malignité. Voici un spécimen d'une autre maladie des synoviales musculaires dorsales du pied. Elle a été inscrite au n° 3 de notre collection pathologique sous la mention de fongus malin. Nous n'avons pas besoin, je pense, d'un examen bien prolongé pour voir l'exactitude de cette qualification ; elle a la couleur, la lobulation, l'aspect général des tumeurs cancéreuses les plus graves (Voy. fig. 34).

(1) *Soc. anat.*, 1851, t. XXVI, p. 210. — (2) *Pathol. externe*, t. II, p. 141.

Eh bien, Messieurs, elle avait cependant au début l'apparence d'une simple synovite fongueuse chronique. Le malade qui en était atteint, un jeune homme de 20 ans, fut opéré pour la première fois en 1872 à Saint-Antoine par l'extirpation d'une portion de la synoviale malade. En six mois les choses étaient revenues dans l'état que vous voyez. L'opération de Chopart faite à ce moment fut insuffisante et un peu plus tard une autre récidive nécessita l'amputation de la jambe au tiers inférieur. Cette nouvelle pièce démontre encore mieux que la première la marche envahissante de la maladie puisqu'elle s'était étendue en profondeur en même temps qu'en surface et, pénétrant en avant de l'astragale, avait gagné la face plantaire (Voy. fig. 35). J'insiste sur ce fait parce qu'il montre que la ligne de démarcation séparant un certain nombre de productions d'origine inflammatoire du sarcome ou du cancer n'est pas aussi nette qu'on le dit. Voilà une tumeur qui avait au début l'aspect, le siége, la forme d'une synovite fongueuse chronique, et cependant elle s'étend en profondeur, détruit les tendons, les os et probablement, si nous ne fussions pas intervenu à temps elle aurait envahi également les ganglions. Comparez la pièce que je vous ai montrée à cette autre qui représente un sarcome de la jambe développé chez une jeune femme à la surface d'une ulcération d'origine inconnue, et vous pourrez constater combien la ressemblance est frappante. L'examen attentif des caractères de la maladie et sa marche ne peuvent nous renseigner avec précision sur sa nature. Croyez-

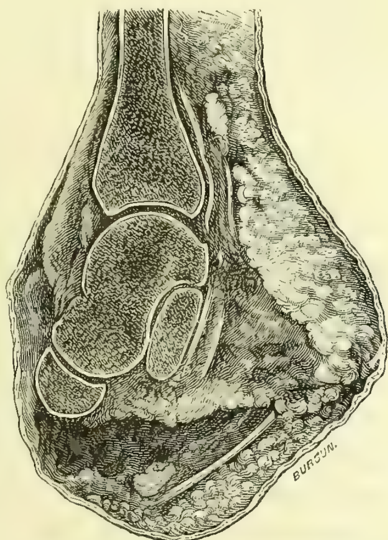


Fig. 35. — Coupe du tarse envahi par le fongus récidivé parti de la synoviale de l'extenseur commun des orteils (Musée, 27).

vous que nous serons plus heureux avec l'examen histologique ? Certainement non ; nous trouverons dans les fongosités des granulations, de la matière amorphe et des éléments conjonctifs à divers degrés de développement depuis les simples noyaux jusqu'aux fibres adultes. Nous ne pouvons conclure de tout cela qu'une chose, c'est que l'inflammation fongueuse des synoviales musculaires touche de très près à certaines productions malignes qui s'y développent ; que la distinction des unes et des autres est souvent d'une difficulté extrême ; et nous devons ajouter dès maintenant que dans des cas semblables le chirurgien ne doit ni hésiter ni temporiser, mais enlever de bonne heure et largement toute la masse suspecte.

Il me reste peu de chose à vous dire relativement aux symptômes : nous avons vu la maladie commencer brusquement et procéder par poussées. Parfois les choses se passent d'une manière plus insidieuse : le début reste absolument inaperçu, il n'y a ni douleur, ni chaleur de la peau, ni changement de consistance. Si les fongosités se sont développées dans une poche contenant des grains riziformes, on constate, comme auparavant, de la rénitence et de l'empâtement ; la tuméfaction correspond au trajet du tendon intéressé ; elle présente des constrictions au niveau des liens aponévrotiques comme les tumeurs déjà étudiées. On doit cependant remarquer qu'à volume égal la gêne fonctionnelle produite par les synovites fongueuses est plus prononcée que celle qui résulte des collections liquides. A la paume de la main, elles entravent la flexion et même l'extension des doigts ; aucun de ces symptômes ne présente une valeur diagnostique réelle et, tant que l'ulcération de la peau n'a pas permis aux bourgeons charnus de venir faire saillie, on devine la maladie plutôt qu'on ne la reconnaît.

Je termine ici la description générale des affections des synoviales musculaires. Nous avons vu celles qui suivent une marche aiguë produire une déformation douloureuse correspondant au trajet des gaînes intéressées ; puis les synovites chroniques parfois sèches, mais donnant le plus souvent lieu

à un épanchement ; les synovites à grains riziformes avec leur froissement difficile à préciser ; enfin les inflammations fongueuses, les seules qui présentent des phénomènes objectifs, lorsque les téguments sont ulcérés. J'espère qu'en comparant ces données nous allons pouvoir, dans le chapitre qui va suivre, établir les règles d'un bon diagnostic.

SIXIÈME LEÇON

AFFECTIONS DES SYNOVIALES TENDINEUSES

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — TRAITEMENT.

Messieurs,

Lorsqu'un malade se présente à nous avec une déformation correspondant au trajet d'un tendon, si nous voulons poser avec précision les indications du traitement, nous devons rechercher si l'affection intéresse les synoviales musculaires ou articulaires, et déterminer autant que possible celles qui sont touchées. Pour faire un diagnostic complet, nous aurons donc à résoudre les questions relatives à l'existence et au siége.

La chaleur et la rougeur de la peau n'existent que dans les *synovites aiguës*, et encore devons-nous établir des différences. Nous avons admis avec les auteurs une *forme légère*, la ténalgie crépitante ; on la reconnaît à la douleur et à la crépitation. La première est assez légère, elle ne se montre que quand les muscles entrent en jeu d'une façon un peu énergique; les malades la localisent parfaitement ; ils indiquent son intensité et sa direction. Lorsque le chirurgien la provoque, il constate les mêmes caractères ; une pression de voisinage ne produit rien. Si au contraire on arrive sur le trajet d'un muscle, on peut en haut et en bas voir dans quelles limites

sa gaîne est malade. Ce n'est pas la douleur des fractures, encore moins celle des arthrites ; que l'on imprime des mouvements énergiques, violents, même à la jointure la plus voisine, et l'on ne produira rien.

La crépitation présente à peu près les mêmes particularités. On peut la rencontrer dans les fractures, dans les épanchements sanguins, dans l'emphysème sous-cutané ; mais, outre qu'elle est accompagnée de phénomènes différents, elle n'est pas provoquée par les mêmes mouvements ; n'a ni le même siége ni la même direction : la crépitation brusque et sèche des fractures correspond au déplacement des fragments et non au glissement des tendons.

Le diagnostic des synovites *secondaires aiguës* et des phlegmons est plus difficile : il est vrai que pour certains muscles

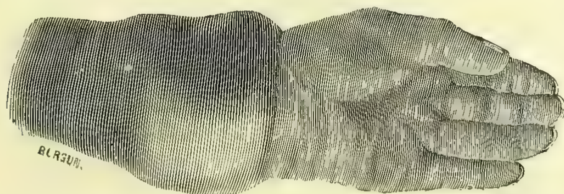


Fig. 36. — Sarcome profond de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. — Vu de face (Musée, 230).

comme les péroniers, la forme de la tuméfaction et son siége renseignent suffisamment; mais à la paume de la main les choses sont bien autrement compliquées. Nous avons pour symptômes fondamentaux, dans les deux cas, une douleur vive, une tuméfaction rarement limitée, de la gêne fonctionnelle, des attitudes vicieuses, de la rougeur de la peau et une tendance manifeste à la propagation vers l'avant-bras. Ajoutons que les deux maladies peuvent se développer en même temps, se compliquer. Nous avons vu les discussions qui se sont élevées sur ce point et nous n'avons pu donner une conclusion positive : c'est assez dire que le diagnostic est délicat, qu'il exige des observations répétées, une constatation journalière des phénomènes et de leurs variantes. Un premier élément nous est fourni par la cause

déterminante ; si c'est un traumatisme il faut savoir s'il a intéressé les tendons ; pour cela vous porterez d'abord votre attention sur les accidents fonctionnels. La flexion prononcée des doigts, une douleur extrêmement vive dans les tentatives d'extension, appartiennent plutôt à la synovite qu'au phlegmon palmaire. Celui ci commence dans l'intervalle des métacarpiens ; la synovite suit le trajet des gaînes. Nous savons par l'anatomie, qu'au début du moins, et s'il n'existe pas d'anomalie, elle siège soit sur le parcours d'un tendon digital, soit au-dessous d'une des éminences, et alors elle ne se transmet que vers le pouce ou l'auriculaire à la base desquels la tumeur présente un étranglement ; ces particularités ne se présentent point dans les phlegmons. La maladie s'est-elle propagée à

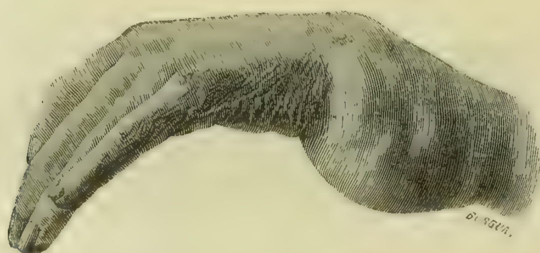


Fig. 37. — Même pièce que dans la figure précédente. — Vue de côté (Musée, 230).

l'avant-bras ? Le diagnostic devient plus difficile. Cependant, quand une phlegmasie suit les deux grandes séreuses palmaires ou les gaînes digitales, quand elle tend à gagner en hauteur, et s'accompagne de flexion des doigts, songez à une synovite, vous n'aurez pas le plus souvent à revenir sur ce diagnostic. Je n'insiste que sur les variétés ordinaires. Les inflammations diathésiques, même lorsqu'elles ont une marche aiguë, pourront être reconnues d'après la même méthode.

Les *synovites tendineuses chroniques*, avec épanchement séreux simple ou à grains riziformes, ont pour caractères principaux, avons-nous dit, la déformation et la gêne fonctionnelle. Elles sont généralement reconnaissables par leur siége, par leur forme, par la rénitence diffuse qu'elles produisent.

Heureusement les tumeurs que l'on peut rencontrer aux mêmes points sont peu nombreuses. Nous en avons observé une assez rare à la face antérieure du poignet droit. Elle s'était développée en 18 mois et, au moment où le malade entra dans notre service, elle était arrondie, du volume d'un œuf, légèrement bosselée et très-dure ; les téguments lui adhéraient étroitement, leurs veines étaient volumineuses et dilatées. Cette tumeur n'était pas réductible et ne produisait qu'une gêne motrice légère. Nous reconnûmes d'après son développement, sa consistance et sa forme, qu'il s'agissait d'un sarcome (Voy. fig. 32 et 33). Ce diagnostic fut vérifié plus tard au microscope.

Quant à la nature de l'épanchement, les examens superficiels ne permettent que de la soupçonner ; des synovites séreuses simples donnent à la pression des bruits particuliers dont le mécanisme est difficile à expliquer ; dans certains kystes à grains riziformes, on n'a ni crépitation, ni froissements. Le dernier mot est fourni par les ponctions exploratrices faites avec des trocarts de petit calibre.

Quelle gaîne est le siége d'un épanchement ? Pour résoudre cette question, nous n'avons qu'à nous reporter à ce que nous avons dit sur l'anatomie de la main et du poignet. La synovite du long supinateur est allongée sur le bord externe de l'avant-bras droit. Sa grosse extrémité correspond à l'insertion styloïdienne du tendon ; celle du grand palmaire est médiane, arrondie ; elle appartient à la fois à la paume de la main et au poignet ; on en trouve qui se limitent à la gaîne du petit palmaire et dessinent régulièrement son trajet. Enfin la synovite tendineuse du cubital postérieur forme le pendant de celle du long supinateur. Dans toutes ces variétés superficielles, les saillies sont parfaitement visibles ; dans celles des gaînes profondes, les contours sont moins accusés, on a souvent de la peine, même par le toucher, à déterminer leurs limites ; mais ici nous n'avons plus les mêmes causes d'erreur que dans les inflammations aiguës. On ne peut guère être trompé que par les abcès froids idiopathiques ou consécutifs à une affection des jointures ou des os du voisinage,

et les tumeurs solides, graisseuses ou fibreuses, qui se développent sous les éminences palmaires. Je vous ai montré naguère comment on pouvait arriver au diagnostic dans ces cas (1). J'ai insisté sur la réductibilité de certaines collections synoviales, sur les déplacements que l'on peut imprimer au liquide. Du reste nous avons ici encore un moyen, la ponction ; elle nous montrera si nous avons affaire à un lipome, à un fibrome, à un abcès ou à une des tumeurs que nous étudions.

C'est encore la déformation qui nous permettra de fixer le siége dans les kystes synoviaux de la face dorsale. Les collections de la gaîne de l'extenseur commun des doigts sont arrondies, médianes, nettement limitées en bas, tandis qu'en haut elles se rétrécissent et disparaissent d'une manière imperceptible ; parfois elles sont accompagnées d'une sorte d'expansion antéro-interne, c'est qu'alors la gaîne du long fléchisseur du pouce dont nous avons vu la communication avec la première, est prise en même temps qu'elle. Nous voyons, de dedans en dehors, une tuméfaction allongée et qui ne descend point au delà de la première rangée du carpe lorsque la gaîne du cubital postérieur est seule intéressée. Il me paraît inutile de revenir sur les épanchements séreux articulaires. Je me suis assez arrêté sur la forme et les symptômes fonctionnels des gaînes pour que vous soyez édifiés. Des difficultés sérieuses pourraient exister si les deux épanchements communiquaient. On s'aperçoit sans trop de peine de la chose, mais il est impossible de fixer la chronologie des accidents et de dire par quelle synoviale la maladie a commencé si on ne l'a pas observée dès le début et régulièrement suivie.

Le diagnostic des *synovites fongueuses* ne sera fait que par la ponction avant l'ulcération. On pourrait croire que plus tard l'aspect de la masse saillante au dehors suffirait à lever tous les doutes ; il s'en faut de beaucoup que les choses soient aussi simples : pour peu que la peau soit ulcé-

(1) *Clin. de* 1875, p. 152.

rée au voisinage d'une jointure, il est facile de se tromper sur le point de départ de la maladie et de la rapporter à la synoviale articulaire, lorsque tout s'est passé autour des muscles. On a pour guide la marche, la forme de la tuméfaction. Au lieu d'être arrondie et circonférentielle comme dans la tumeur blanche, elle est allongée et remonte plus ou moins haut. Follin insiste sur un autre symptôme : « Dans les fongosités articulaires, la pression sur un point de la jointure refoule les liquides au point opposé, tandis que dans la synovite tendineuse chronique ce refoulement n'amène pas de changements. »

Reste le *cancer :* théoriquement la marche, les antécédents, l'état des ganglions, l'examen microscopique, devraient nous permettre de l'exclure. Je vous ai donné un exemple propre à vous montrer combien la réserve est nécessaire. Je ne saurais trop vous le répéter, le diagnostic le mieux fait ne saurait éliminer toutes les inconnues dans ce cas ; et celle qui reste est précisément la plus redoutable, car le pronostic tout entier en dépend.

Après ce que nous avons vu relativement à l'anatomie pathologique, à l'étiologie et à la pathogénie des diverses variétés de synovites tendineuses, nous pouvons jeter un coup d'œil d'ensemble sur le traitement, juger les méthodes proposées jusqu'ici et formuler des indications.

S'agit-il des synovites aiguës ? Certaines variétés guérissent à peu près seules ; un traitement général, la compression, le repos et l'immobilisation constituent la base de toute médication. D'autres au contraire réclament une intervention active. Ce sont les synovites aiguës ou suraiguës.

Comme elles sont secondaires, on doit tâcher de les prévenir et quand, malgré tout, elles se seront développées, on agira avec décision pour éviter les conséquences qu'elles ne sauraient manquer de produire.

Les synovites chroniques ne guérissent jamais seules. Il ne s'agit plus de discuter ici l'opportunité de l'intervention chirurgicale, mais le mode de traitement le plus efficace. La moindre inadvertance est dangereuse ; car non seulement

on ne guérit pas son malade, mais on peut changer la nature de l'inflammation et faire passer un épanchement séreux simple à une phlegmasie fongueuse. Dans ce dernier cas les indications sont précises, mais le pronostic est infiniment plus grave que dans le premier, et l'on est trop heureux si l'on peut s'en tirer même avec l'inutilisation d'un tendon.

Revenons sur chacun de ces points: les synovites subaiguës, quelle que soit leur cause, guérissent par des soins hygiéniques, une compression légère, des badigeonnages de teinture d'iode, le repos et l'immobilisation. Quand elles sont sous l'influence d'un état général diathésique, on donne de plus une médication appropriée. Nous avons vu chez un syphilitique une synovite subaiguë du poignet qui rétrocéda rapidement sous l'influence du mercure et de l'iodure de potassium.

Lorsque l'on est en présence d'une plaie de la main intéressant les tendons, on doit s'occuper immédiatement de prévenir les complications inflammatoires du côté de la gaîne. Les pansements antiseptiques, la suture des tendons, l'immobilisation, sont de nécessité absolue. Dès que de la tuméfaction et de la douleur se montrent sur le trajet d'un muscle, les mesures prophylactiques sont insuffisantes ; il faut recourir aux antiphlogistiques locaux ; les sangsues, les ventouses scarifiées sont indiquées ; s'il y a des symptômes du côté des voies digestives, de la fièvre et une vive douleur, on les combattra par des moyens appropriés : les purgatifs salins, les onctions belladonées, les injections de morphine, le quinine, sont indiqués. On accordait il y a quelques années une grande importance aux révulsifs locaux : « Certains auteurs prétendent, dit Garnier, que les vésicatoires auraient pour effet non seulement de diminuer, mais d'enrayer la maladie. Ce sont là des affirmations bien hardies et qui sont ne pas propres à entraîner la conviction. » Cette réserve nous paraît légitime ; pour notre compte, nous n'avons jamais recours aux révulsifs dans les phlegmasies aiguës péritendineuses ; leur emploi serait tout au plus utile dans les variétés légères dont nous avons parlé d'abord. Les bains et les cataplasmes sont meilleurs, ils diminuent la douleur et

favorisent parfois l'évacuation spontanée des collections. Il est vrai que cette éventualité est très rare et que l'on ne peut guère compter sur elle.

Lorsque l'exsudat a subi la transformation purulente, il faut lui ouvrir le plus tôt possible une large voie vers l'extérieur et modifier par des lavages antiseptiques répétés le contenu de la séreuse. Le drainage est alors indiqué. Toute la difficulté consiste à fixer le moment où l'incision doit être faite ; si l'on se hâte trop, on risque de ne trouver qu'un épanchement séreux et de le rendre purulent ; si l'on tarde on s'expose à des désordres graves tels que la rupture du cul-de-sac supérieur des synoviales et le phlegmon diffus de l'avant-bras. Je crois que quand une phlegmasie aiguë persiste sans changement pendant quatre à cinq jours ; quand la rougeur, la douleur et le gonflement tendent à augmenter plutôt qu'à diminuer, il faut ouvrir et ouvrir largement ; si vous ne trouvez pas de pus, vous avez du moins conjuré un danger immédiat, celui d'étranglement et de gangrène.

La première partie de votre rôle terminée ; des lavages journaliers par le tube à drainage ou l'ouverture artificielle vous permettant d'éviter la stagnation du pus, devez-vous désormais attendre tranquillement la fin du processus ? Non, Messieurs, il faut porter votre attention d'un autre côté et songer à conserver au malade l'usage des doigts dont les tendons ont souffert. Pour cela, on aura soin de leur donner une position convenable et de leur faire exécuter de petits mouvements dès que les accidents aigus auront disparu, de manière à empêcher les adhérences de se former ou à les rompre pendant qu'elles sont encore peu résistantes.

On a essayé de nombreux traitements contre les épanchements séreux ou à grains riziformes ; les résultats obtenus jusqu'ici ne permettent guère de préconiser une méthode unique. Celles que l'on a proposées sont de deux ordres : dans les unes, plutôt palliatives, on laisse la poche intacte ; dans les autres, au contraire, on l'ouvre sur une étendue plus ou moins grande. A la première variété se rattachent les applications d'alcool, les badigeonnages iodés et les vésicatoires. En

plaçant pendant deux mois à la surface d'un kyste synovial des compresses imbibées d'alcool, un médecin de Meaux, le docteur Houzelot, finit par en obtenir la disparition complète (1). De tels faits sont malheureusement rares. Vous pourrez voir, dans notre volume de cliniques de 1875, l'histoire d'un malade chez lequel nous avons commencé par les révulsifs. Nous appliquâmes en quelques jours trois vésicatoires, puis pendant un mois nous eûmes recours aux badigeonnages iodés et alcoolisés; comme la tumeur restait absolument dans le même état, nous dûmes nous résigner à la ponctionner (obs. DXXXVI). Il ne faut donc pas compter d'une façon absolue sur l'efficacité de tels moyens, cependant je ne les proscris pas. Ces maladies sont essentiellement chroniques et un léger retard est sans inconvénient.

Lorsque l'épanchement est constitué exclusivement par de la sérosité, tout le monde est à peu près d'accord sur la conduite à tenir : si les moyens d'attente tels que la compression et les révulsifs n'ont rien produit, on doit ponctionner le kyste par la méthode sous-cutanée de manière à faire sortir sans trop de difficulté son contenu, puis appliquer une compression légère; le plus souvent le liquide ne se reproduit point. Lücke a proposé de combiner la méthode sous-cutanée au pansement de Lister; il est vrai qu'il avait surtout en vue les tumeurs à grains riziformes. Les résultats qu'il a obtenus ne sont guère encourageants : de deux cas traités de la sorte, un mit deux mois à guérir; dans un autre il y eut des fusées purulentes du côté de l'avant-bras (2). On a proposé également, lorsque la tumeur contient des grains riziformes, de combiner à l'incision des manœuvres destinées à détacher ceux qui adhèrent aux parois du kyste. Volkmann passe un tube à drainage et lui imprime un mouvement de va-et-vient de manière à faire une sorte de raclage de la cavité de la séreuse.

M. Duplouy a proposé une autre méthode. Ayant eu à traiter deux kystes à grains riziformes qui avaient résisté jusqu'alors

(1) Thèse de Michon, p. 102. — (2) *Zur Behand. d. chron. Hydrops d. Sehnencheid. und d. Ganglien* (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurg.*, I, 1872, p. 466).

à toutes les médications, dérivatifs cutanés, ponction et injection iodée, raclage des grains adhérents, il eut recours à l'ignipuncture et obtint deux succès. Voici les règles qu'il a tracées pour l'application de son procédé: « Évacuer les corps hordéiformes par une ponction simple ou double, attendre la cicatrisation des plaies pour appliquer l'igniponcture ; ne pas tarder trop longtemps à mobiliser artificiellement les tendons par la faradisation et par les mouvements communiqués, telle me paraît être la marche à suivre dans l'expérimentation du mode opératoire sur lequel j'appelle l'attention du corps médical (1). »

Je ne veux pas condamner définitivement tous ces procédés, cependant, pour mon compte, je préfère m'en tenir à la ponction suivie de la compression ouatée et de l'immobilisation. J'ai fait même parfois avec avantage de légères injections iodées. On m'objectera que cette médication est incertaine, qu'elle est souvent suivie de récidive ; sans doute, mais elle est aussi sans danger. Appliquez-la plusieurs fois de suite lorsque la chose est nécessaire, surveillez attentivement le traitement consécutif et le plus souvent vous guérirez vos malades.

Les méthodes de Volkmann et de Duplouy sont loin d'être aussi inoffensives. Je vous ai dit, et sur ce point je suis d'accord avec la plupart des chirurgiens, qu'il me semblait que des irritations violentes et répétées portant sur une séreuse en état d'inflammation chronique pouvaient changer la nature de celle-ci et la rendre fongueuse. Le raclage est infidèle et dangereux ; je le rejette d'une manière absolue. Quant à l'ignipuncture, je ne crois pas, que malgré les succès qu'elle compte à son actif, il soit bien prudent d'en généraliser l'emploi ; il me semble que dans les kystes à grains riziformes même rebelles, c'est une ressource ultime à laquelle on ne devra avoir recours que si plusieurs tentatives de traitement par la ponction, la compression ouatée et l'immobilisation, ont été infructueuses.

Enfin, lorsque la synovite est fongueuse et a suppuré, lorsque

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1875, t. 88, p. 529.

l'ignipuncture, la compression ouatée et l'immobilisation n'ont pas suffi à enrayer la propagation des fongosités, il ne faut pas hésiter à les enlever par dissection, toutes les fois que les articulations voisines ne sont pas encore touchées. Quant à l'amputation partielle ou totale du membre au-dessus de la région envahie, il faut la réserver pour le cas où le fongus suit décidément une marche maligne et ne peut être enrayé par aucun autre mode de traitement.

SEPTIÈME LEÇON

DES TUMEURS CONGÉNITALES DE LA RÉGION SACRO-COCCYGIENNE

HISTORIQUE — NATURE — SYMPTOMES — DIAGNOSTIC — TRAITEMENT

Messieurs,

Voici un enfant de quatre ans que l'on a présenté hier à ma consultation et que les parents ont consenti à laisser admettre à l'hôpital pour le soumettre à une opération. Je suis heureux de cette circonstance qui va nous permettre une étude intéressante au double point de vue théorique et pratique.

Comme vous le voyez, cet enfant porte dans la région ano-coccygienne une tumeur avec laquelle il est venu au monde. Elle a le volume d'un œuf de dinde (seize centimètres de circonférence), sa base est large et se continue directement avec la peau du voisinage ; elle est grossièrement pyriforme, mollasse, fluctuante et le tégument qui la recouvre est parcouru par des veines dilatées. La palpation est douloureuse et fait reconnaître dans une partie de la paroi une masse indurée. Elle ne diminue pas de volume quand on la comprime.



Fig. 38. — Tumeur ano-coccygienne congénitale.

Nous avons évidemment affaire à un kyste. Mais quelle en est la nature? C'est une question que nous discuterons tout à l'heure.

Parmi les symptômes présentés par cet enfant, il en est un important et qui n'est pas sans nous causer quelque perplexité : notre petit malade est paraplégique et ne marche plus depuis deux mois, bien qu'il puisse se tenir assis. Il ressent en outre des douleurs en différents points du rachis

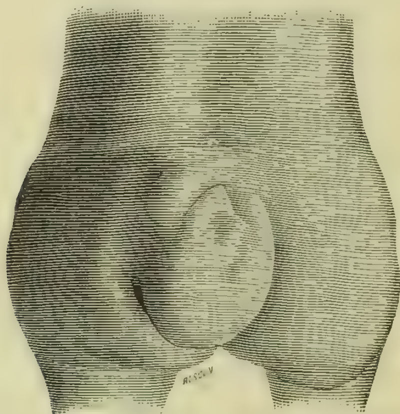


Fig. 39. — Tumeur ano-coccygienne congénitale chez un enfant de quatre ans paraplégique (1).

et c'est probablement ces souffrances qui ont décidé les parents à nous le conduire. J'ajoute, pour ne rien omettre, qu'il m'a semblé constater une légère gibbosité vers le milieu de la colonne vertébrale (fig. 39).

Maintenant que je vous ai présenté le sujet qui est l'occasion de notre étude, voyons les renseignements que la science nous offre sur les tumeurs congénitales de la région coccygienne. Vous ne les trouverez décrites dans aucun de nos ouvrages chirurgicaux classiques et il faut compiler les revues périodiques ou étudier quelques monographies qui ont été

(1) Cette figure a été dessinée d'après le moule de l'enfant qui fait le sujet de cette leçon. Ce moule est déposé dans notre musée. La figure 34 est reproduite d'après la photographie d'un autre enfant que nous avons également opéré avec succès et qui se trouve dans notre collection.

publiées, soit en France, soit surtout à l'étranger, pour arriver à connaître ces productions pathologiques.

Ammon est probablement le premier auteur qui ait publié un travail d'ensemble sur les *maladies chirurgicales congénitales* (1); il divise en quatre variétés celles de ces affections qui se rencontrent à la région sacro-coccygienne qui est, comme on sait, l'un des sièges de prédilection des tumeurs d'origine fœtale ; on y trouve, selon lui, des *hernies*, des *hydrorachies*, des *inclusions*, des *néoplasmes*. Avant lui, on avait confondu toutes ces tumeurs avec les inclusions fœtales ou les monstruosités parasitaires. Ainsi, Meckel (2), Himby (3) ne font aucune distinction à cet égard. En 1827, Ollivier (d'Angers), dans un excellent mémoire (4) étudiait les inclusions fœtales sous deux formes distinctes : l'*inclusion profonde* ou *abdominale* et l'*inclusion extérieure* ou *cutanée*, cette dernière donnant lieu à la formation de tumeurs à la partie inférieure du tronc, que l'auteur n'a pas même l'idée de comparer avec des maladies de nature différente.

Les progrès de l'anatomie et de l'histologie n'ont pas tardé à jeter une lumière nouvelle sur cette question. Ainsi, Wernher, en 1848 (5), dans un travail sur les *hygromas kystiques congénitaux*, étudie ceux qui se présentent à la région sacrée comparativement avec ceux des autres régions. On s'occupait alors beaucoup en France de l'opération de l'hydrorachis avec spina bifida, et l'on considérait généralement les tumeurs kystiques de la partie inférieure du tronc comme des vestiges de spina bifida oblitérés et devenus indépendants de la cavité rachidienne (6), Veling combattit cette opinion dans sa thèse inaugurale (7) en s'appuyant sur un fait intéressant traité et guéri par le professeur Stoltz.

En 1858, un nouveau traité est publié par Lotzbeck (8) qui s'appuyant sur l'histologie, divise les tumeurs congénitales de

(1) *Die angeboren chirurgichen Krankheiten*, Berlin, 1842. — (2) *Pathol. anatom.*, 1818. — (3) *Geschichte der Fœtus in Fœtu*, Hannover, 1831. — (4) *Mémoire sur la Monstruosité par inclusion* (*Arch. gén. de Méd.*, 1827, p. 355 et 539). — (5) *Die angebornen Cysten Hygrome*, Giessen, 1843. — (6) Voy. Malgaigne (*Journ. de Chir.*, 1845, t. III, p. 38). — (7) Essais sur les tumeurs enkystées de l'extrémité inférieure du tronc fœtal (Strasbourg, 1846). — (8) *Die angebornen Geschwülste der hintern Krenzbeingegend*, München, 1858.

la région sacrée en tumeurs graisseuses, cartilagineuses, osseuses, vasculaires, cystiques, fibreuses et épithéliales, sans se prononcer d'aucune manière sur l'origine de ces diverses variétés.

La découverte de la glande coccygienne de Luschka (1) permit ensuite de supposer qu'un certain nombre d'entre elles pouvait bien résulter de l'altération de cette glande. Un jeune docteur de Strasbourg crut même devoir attribuer cette origine à la plupart des tumeurs sacro-périnéales indépendantes du canal rachidien (2).

Pour terminer ce court historique nous citerons encore : les monographies de Braune (3) et de Molk (4) ; le mémoire de Constantin Paul (5), qui ne s'occupe que des inclusions fœtales ; des observations nouvelles de Holmer (6) ; plusieurs communications de Depaul aux sociétés de biologie et de chirurgie (notamment en 1864, 1867 et 1870), un cas rapporté par Broca (7), un autre publié par Panas (8), et enfin une revue critique de S. Duplay (9).

Comme l'a fait remarquer ce dernier auteur, le premier point qui ressort de la lecture des observations, c'est l'excessive variété des tumeurs de la région sacro-coccygienne, au point de vue de leur structure, de leur siège et de leur rapports avec les parties avoisinantes, plus spécialement avec le sacrum et le coccyx. D'où l'on peut conclure *à priori*, que ces tumeurs ne sauraient reconnaître une origine commune.

Vous avez vu, d'après l'historique qui précède, que les premiers auteurs qui se sont occupés de ce sujet, confondaient toutes ces tumeurs avec les inclusions fœtales. Aujourd'hui, les progrès de l'histologie ont permis de débrouiller quelque

(1) *Der Hirnanhang und die Steissdrüse*, Berlin, 1860. — (2) Perrin, De la glande coccygienne et des tumeurs dont elle peut être le siège (Thèse de Strasbourg, 1860). — (3) *Die Doppelbildungen und angebornen Geschwulste der Kreuzbeingegend*, Leipzig, 1862. — (4) Des tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc, Thèse de Strasbourg, 1868. — (5) Étude pour servir à l'histoire des monstruosités parasitaires ; de l'inclusion fœtale située dans la région sacro-périnéale (Arch. gén. de Méd., t. II, 1852, p. 641, t. II. p. 45, 194 et 273. — (6) *The surgical Treatment of the diseases of infancy and childheood*, London, 1868). — (7) *Gaz. des Hôp.*, 1876, n° 62. — (8) Même journal 1877, p. 502. — (9) *Arch. gén. de Méd.*, 1878, p. 723.

peu ce chaos et, bien que la plupart des faits anciens ne soient pas assez explicites pour qu'on puisse toujours en préciser la nature, nous possédons cependant des données capables de suffire aux besoins de la clinique et du traitement.

On peut grouper ainsi qu'il suit ces tumeurs congénitales :

1° Inclusions fœtales;

2° Hydrorachis avec ou sans spina bifida;

3° Hygromas ;

4° Sarcomes et cysto-sarcomes;

5° Lipomes;

6° Tumeurs caudales;

7° Certaines tumeurs de nature fort complexe.

Voyons maintenant ce que la science nous apprend sur la nature et les caractères de chacune de ces variétés.

1° *Inclusions fœtales.* — Les exemples abondent de ce genre de monstruosité désignée dans la classification d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, sous le nom de monstres doubles endocymiens. Depuis l'apparition du mémoire de Constantin Paul qui a réuni 28 observations de cette anomalie dans la région qui nous occupe, d'autres faits semblables sont venus augmenter cette liste. Sans vouloir discuter les théories émises par les tératologistes sur le mode du développement de ces inclusions, nous dirons qu'il s'agit là manifestement d'une soudure, par la partie postérieure et inférieure de la colonne vertébrale, de deux individus dont l'un s'est développé, tandis que l'autre est resté à l'état d'embryon parasitaire informe.

L'inclusion sous-cutanée siège surtout dans la région sacro-périnéale et se rencontre bien plus souvent que l'inclusion viscérale; mais on possède quelques cas d'inclusion abdominale se reliant à la tumeur périnéale.

Les accoucheurs se sont préoccupés naturellement de la symptomatologie de ces tumeurs pendant la grossesse et la parturition, car elles gênent souvent le travail; quant à nous, nous nous occuperons exclusivement des caractères qu'elles présentent après la naissance.

Leur *forme* est hémisphérique ou ovoïde et varie beaucoup suivant le *volume* de la masse, qui tantôt ne dépasse guère

celui d'un œuf, tantôt et le plus souvent excède celui de la tête de l'enfant. Prochaska en a décrit un exemple dans lequel le sac avait pris une telle extension qu'il enveloppait les jambes comme une hydrocèle volumineuse englobe la verge.

La surface est lisse et unie, quelquefois irrégulière, sillonnée de vaisseaux plus ou moins dilatés. La peau constitue l'enveloppe extérieure du kyste : elle est en général peu altérée, amincie dans certains cas par la tension ou enflammée. La tumeur est souvent transparente en plusieurs points; sa consistance varie, on constate qu'une partie est molle et fluctuante, tandis que les autres sont dures et donnent la sensation du cartilage ou de l'os. Dans l'immense majorité des cas, elle est irréductible; mais on possède deux ou trois exemples de coïncidence d'une tumeur parasitaire avec un spina bifida du sacrum : dans ces cas le liquide pouvait refluer dans la cavité rachidienne. Ces tumeurs ne sont douloureuses que lorsqu'elles sont envahies par l'inflammation ; elles ne provoquent de symptômes fonctionnels que dans les cas rares de vices de conformation concomitants.

Les enveloppes propres du kyste se composent de la peau, d'une membrane fibreuse et d'une séreuse tapissée d'épithélium pavimenteux; quand il existe une solution de continuité de la colonne vertébrale, ces deux membranes représentent de véritables prolongements de la dure-mère et de l'arachnoïde rachidiennes et, dans les cas exceptionnels où il existe un kyste abdominal, l'enveloppe fibreuse se continue d'un kyste à l'autre. Voilà pour la partie contenante.

Quant au contenu, il consiste en sérosité et en masses solides représentant le fœtus parasite, mais celui-ci est toujours informe et rudimentaire. Si parfois on trouve, isolés ou réunis, un bras, une jambe, une main, un pied, une anse intestinale, etc., il est bien plus fréquent de rencontrer seulement des fragments de tous les tissus normaux qui composent l'embryon (tissu musculaire lisse et strié, tissu conjonctif, cartilages et os). L'aspect des parties contenues ressemble assez à une môle hydatique. On

a sous les yeux un amas de matière sébacée et de kystes, de forme irrégulière et bosselée. Parmi les tumeurs décrites par les auteurs sous le nom de *cystômes*, de *cysto-sarcômes*, de *lipômes*, etc., celles dans lesquelles se trouvaient des éléments d'embryon n'étaient autres que des inclusions fœtales.

Ces tumeurs peuvent adhérer au sacrum ou au coccyx, mais jamais, à moins de la complication dont nous avons parlé, elles ne communiquent avec la cavité rachidienne ; cette coïncidence rare n'a jusqu'ici été signalée que trois ou quatre fois, ce qui est heureux pour le traitement.

2° *Hydrorachis avec ou sans spina bifida.* — Nous sommes déjà loin de l'époque où l'on admettait en France que la plupart des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne sont des hydrorachis avec spina bifida plus ou moins modifiées par les progrès du développement.

Duplay qui a fait des recherches sur ce sujet, dit, et nous sommes de son avis, qu'il n'existe aucun fait authentique de spina bifida coccygien, de sorte que toutes les tumeurs fixées au coccyx sont indépendantes du canal rachidien. Il n'en est pas de même pour le sacrum, qui peut réellement subir un arrêt de développement, livrer passage aux membranes de la moelle et former ainsi des hydrorachis avec spina bifida. On a vu encore les méninges et la moelle elle-même faire hernie au dehors à travers l'hiatus normal qui termine inférieurement le canal sacré. Mais, nous venons de le répéter, les kystes congénitaux communiquant avec le canal rachidien sont extrêmement rares.

On les trouve généralement décrits sous le nom de *cystosarcomes :* c'est qu'en effet, ils sont le plus souvent constitués, comme ces derniers, par un mélange de parties solides et de parties liquides.

Leurs caractères principaux sont : leur rapport avec le sacrum et leur réductibilité sous l'influence de la compression qui détermine en même temps de la douleur, de la contracture ou de la paralysie, avec saillie des fontanelles, lorsque l'enfant n'est pas encore assez âgé pour avoir sa boîte crânienne ossifiée.

Ces tumeurs constituent des maladies tératologiques ou dépendent d'un arrêt de développement.

3° *Tumeurs congénitales.* — Passons maintenant aux tumeurs *congénitales* proprement dites.

Elles sont *liquides*, *solides* ou *mixtes*.

Les *kystes*, désignés sons le nom d'*Hygromas* par quelques auteurs, sont généralement multiloculaires. On en a vu qui étaient remplis de caillots sanguins (*Observations de Gluser* (1) *et de Coulon* (2). Saxtorph (3) prétend avoir observé dans cette région un kyste hydatique.

Neling a consacré sa thèse inaugurable à l'étude des kystes proprement dits ; il a pu en rassembler jusqu'à seize cas. Au point de vue anatomique, ces tumeurs présentent ordinairement un volume considérable, depuis celui d'un œuf jusqu'à celui d'une tête d'enfant ou d'adulte. Elles se détachent en général des parties environnantes sous formes de masses arrondies, globulaires, d'autres fois, bosselées, étranglées çà et là ; à leur surface rampent des vaisseaux plus ou moins dilatés. Leurs parois consistent en une trame assez dense. La dissection y démontre superficiellement les tissus qui entrent dans la composition de la peau ; plus profondément, des lames cellulo-fibreuses, offrant une ressemblance parfaite avec les membranes séreuses : enfin à leur surface interne, des cloisons fibreuses, dirigées dans tous les sens, subdivisant la poche principale en une foule de cavités secondaires de grandeur variable avec ou sans communication des unes avec les autres. De là, une multitude de compartiments remplis de liquide particulier : dans les uns, de la sérosité citrine ; dans les autres, un liquide clair et limpide ; ailleurs une substance gélatiniforme ; plus loin, ces corps singuliers connus sous le nom d'hydatides ; en un mot les transformations les plus diverses ; mais jamais on n'y trouve ces canaux de communication avec le rachis, ces hernies de la moelle et de ses enveloppes, ces descentes de l'intestin, que les au-

(1) *Virchow's Archiv*, Bd XIII, p. 187. — (2) *Gaz. hebdom.*, t. VIII, p. 35. — (3) Voir Meckel, *Anat. path.*, t. I, p. 391.

teurs, et Meckel en particulier, ont rapportés à ce genre de tumeurs.

Les tumeurs solides sont parfois des *lipômes* qui peuvent acquérir un développement considérable : ainsi Faber en cite un exemple dans lequel, la masse, plus volumineuse que la tête, descendait jusqu'aux mollets. D'autres fois ce sont des *productions osseuses*, simulant une queue et constituées par des vertèbres coccygiennes supplémentaires. On trouve encore dans les auteurs quelques observations de tumeurs congénitales de l'extrémité podalique décrites sous le nom de *sarcomes*. Nous en avons vu plusieurs exemples ; nous avons également observé des *fibrômes*.

Quant aux tumeurs *mixtes*, les unes se composent d'éléments arrondis, disséminés au milieu d'un stroma de tissu fibreux et de tissu conjonctif très riche en vaisseaux, kystes plus ou moins nombreux et volumineux (*cysto-sarcomes*).

D'autres sont encore plus complexes et il est difficile de leur imposer une dénomination spéciale. A côté des parties liquides, on y rencontre un mélange de tissus adipeux, fibreux, cartilagineux, en masses plus ou moins considérables; des amas de substance sébacée et calcaire; parfois des fragments osseux irréguliers et des fibres musculaires lisses ou striées.

D'autres présentent des éléments glandulaires qui font songer à sa dégénérescence possible de la *glande coccygienne* de Luschka. Vous savez en effet, Messieurs, que l'existence de ce petit organe, regardé d'abord par le professeur de Tubingue comme un ganglion lymphatique, est constante : il se trouve immédiatement en avant du sommet du coccyx, dans une dépression médiane qui correspond à l'intervalle des deux insertions tendineuses des muscles de l'anus sur la quatrième vertèbre coccygienne. Son volume ne dépasse guère celui d'un petit pois. Sa préparation est assez difficile au milieu du tissu adipeux qui entoure les insertions musculaires de la région (releveur, rétracteur et sphincter de l'anus). Cette glande est impaire, ovalaire, de couleur jaune rougeâtre, elle se compose de cinq ou six granulations distinctes, suspendues

comme les grains d'une grappe de raisin, à des branches très fines de l'artère sacrée moyenne et réunies entre elles par un tissu cellulaire lâche. Au point de vue de la structure, la glande de Luschka est formée : 1° d'un stroma fibreux, dans lequel sont disséminés un grand nombre de noyaux ; 2° de vésicules et de culs-de-sac clos de toute part et logés dans les alvéoles du sacrum. Parmi les éléments que renferment les vésicules et les culs-de-sacs, Luschka dit avoir rencontré quelquefois, chez le fœtus, des cellules cylindriques dont quelques-unes portent des cils vibratiles. Or, dans le fait de Panas, ce qui frappait surtout à l'examen de la tumeur, c'était la grande quantité d'épithélium à cils vibratiles qui s'y rencontrait, et Luschka a vu lui-même (1) un kyste congénital du périnée tapissé de cellules vibratiles analogues à celles qui existent parfois dans la glande coccygienne du fœtus. Aussi, sans vouloir tomber dans l'exagération des auteurs qui, à l'exemple de Braune et de Perrin, n'hésitent pas à rapporter l'origine de la plupart des tumeurs de la région coccygienne à des dégénérescences de la glande de Luschka, nous pensons qu'il faut reconnaître une certaine importance étiologique à cet organe. N'oublions pas, d'ailleurs, que certains kystes congénitaux ont un siège et des rapports qui plaident en faveur de cette origine.

D'autres peuvent avoir pour point de départ un *spina bifida* du sacrum, *qui s'est refermé avec le temps*, de manière à intercepter toute communication entre le canal rachidien et la tumeur. Mais ce mode de production doit être extrêmement rare, car la grande majorité des tumeurs qui nous occupent siègent à la face antérieure du sacrum et du coccyx, et le spina bifida antérieur de ces os, admis seulement à titre d'hypothèses par le Dr Kühn (*Soc. de Chirurgie*, 7 août 1867), est encore inconnu aujourd'hui.

Est-il possible d'admettre avec Molk que certaines tumeurs siégeant à l'extrémité inférieure du sacrum, dérivent d'une *hernie de la dure-mère ou de la moelle* à travers l'hiatus

(1) *Archiv fur pathol. Anatomie*, nouvelle série, t. VIII, p. 106.

du canal sacré? Oui, sans doute, mais alors le coccyx peut être mêlé à son développement. En effet, les auteurs mentionnent dans quelques observations une sorte de bouchon, cartilagineux ou fibreux, terminant la pointe du sacrum, qui oblitère l'ouverture du canal sacré, et qui n'est peut-être que le rudiment de la première pièce du coccyx. Quant aux faits dans lesquels cet os est complètement développé et occupe le centre de la masse pathologique, ils diffèrent complètement des précédents, et leur origine, correspondant à une période avancée de la vie fœtale, doit être recherchée ailleurs que dans la moelle et les méninges.

Une opinion singulière a encore été émise par H. Müller (1), qui rapporte l'origine des tumeurs *gélatineuses* de la région coccygienne à la *persistance de la corde dorsale* au niveau du coccyx.

Pour les tumeurs caudales qui sont tantôt osseuses, tantôt lipomateuses, on suppose que les premières ne sont qu'une *production hyperplasique du coccyx*, et l'on a comparé les secondes aux *masses fibro-graisseuses* qui se forment dans la queue des chevaux, des ânes et des brebis (Constantin Paul).

Enfin, d'autres tumeurs congénitales à structure complexe ont été décrites sous les noms de *cysto-sarcomes*, de *cysto-fibromes*, d'*enchondromes* : or, parmi ces dernières, il en est certainement un bon nombre qui n'étaient autre chose que des inclusions fœtales.

En résumé, vous voyez, Messieurs, que dans l'état actuel de la science, qui est encore loin d'avoir dit son dernier mot sur cette question, il n'est plus permis d'invoquer une origine commune pour toutes ces tumeurs : les unes sont de véritables monstruosités, d'autres des arrêts de développement, d'autres des hernies de la moelle ou des méninges, d'autres des dégénérescences de la glande de Luschka, d'autres enfin des néoplasmes. Maintenant dans laquelle de ces catégories faut-il ranger le cas qui fait le sujet de notre clinique ?

(1) Henle und Pfeiffer's *Zeitschrift*, Reihe III, Bd II.

Pour résoudre cette question, il s'agit d'établir le diagnostic différentiel qui doit nous servir à poser les bases de notre pronostic et de notre traitement.

Comme je vous le disais en vous exposant les caractères de la tumeur que porte cet enfant, nous sommes manifestement en présence d'une masse kystique. Toutes les productions purement solides se trouvent dès lors éliminées.

Mais, avant de résoudre ce problème, il nous faut rechercher si cette tumeur communique ou non avec le canal rachidien. Malgré le symptôme paraplégie, nous croyons que cette communication n'existe pas. En effet, le sacrum est complètement soudé à sa face postérieure et notre kyste siège entre le coccyx et l'anus. S'il communiquait avec la cavité rachidienne, ce ne pourrait donc être qu'en avant; or vous savez que l'on ne possède aucun fait de division du sacrum à la face antérieure; en outre, la tumeur ne diminue pas de volume par la compression : elle est douloureuse, mais c'est probablement parce qu'elle est enflammée. Il est possible d'ailleurs que la paralysie ne soit qu'un phénomène réflexe.

Examinons maintenant les rapports de la masse morbide avec le rectum. L'enfant étant endormi, j'introduis le doigt dans l'anus : je constate que le rectum est refoulé en avant et que ses parois sont bien complètes ; je ne sens pas le coccyx qui a peut-être subi un arrêt de développement, mais le sacrum ne me paraît point bifide. La tumeur se prolonge en haut plutôt que latéralement vers les ischions, j'arrive même difficilement à circonscrire ses limites supérieures; cependant, comme la miction et les fonctions intestinales s'exécutent bien, il est à peu près certain que son volume n'envahit pas beaucoup la cavité pelvienne.

Ainsi se trouvent écartés, d'une part, le spina bifida et la hernie simple des enveloppes de la moelle, et, d'autre part, les complications intra-abdominales.

Il nous reste à faire le diagnostic avec les autres variétés de tumeurs kystiques.

Nous n'avons pas affaire à un kyste simple, qui serait plus arrondi, plus mou, plus transparent. Celui-ci est irrégulier

et donne la sensation de plaques cartilagineuses adhérentes à la base.

Nous sommes donc conduits par exclusion à admettre qu'il s'agit ici d'une inclusion fœtale, car la seule confusion possible serait avec un cysto-sarcome ou avec l'une de ces tumeurs complexes dont nous avons parlé.

Mais, si les signes extérieurs seuls sont insuffisants pour permettre la distinction, vous allez voir que l'évolution de ces différentes maladies fournit des éléments d'une réelle valeur pour le diagnostic.

En effet, d'après les faits recueillis par Molk, sur 25 inclusions il y eut seulement 12 morts, dont 9 mort-nés, 5 non à terme ; tandis que sur 12 enfants porteurs de cysto-sarcomes 11 succombèrent, 2 d'entre eux n'étaient pas à terme, 2 étaient morts avant l'accouchement, les autres ne dépassèrent pas quatre mois. Ainsi donc, les enfants porteurs de cysto-sarcomes meurent presque tous très peu de temps après la naissance. Parmi les enfants porteurs de tumeurs enkystées, 13 morts et 5 guérisons; un seul cas de mort-né, 4 morts dans les premiers jours après l'accouchement, 5 dans les trois premiers mois, 1 à l'âge de un an et demi.

Il ne faudrait cependant pas s'exagérer la valeur de ces chiffres, car les observations ne sont pas toujours assez bien établies pour que l'on soit en droit d'affirmer qu'il s'agit d'une inclusion ou d'une autre tumeur, et il est évident que bon nombre de prétendus cysto-sarcomes n'étaient, comme nous vous l'avons déjà dit, autre chose que des inclusions (1).

(1) Pour compléter ces renseignements statistiques, ajoutons quelques chiffres également empruntés à la thèse de Molk. Les enfants porteurs de tumeurs congénitales sacro-coccygiennes, naissent souvent avant terme et fréquemment aussi la mort précède l'accouchement; sur 81 cas il y a eu 29 mort-nés dont 10 non à terme.

Pendant l'accouchement, ces tumeurs peuvent devenir une véritable cause de dystocie. Cependant la fréquence de ces cas n'est pas aussi grande qu'on pourrait le supposer d'après le volume considérable que ces tumeurs acquièrent quelquefois. Sur 107 observations, on relate seulement 18 cas d'accouchements pénibles ; 16 d'entre eux nécessitèrent les secours de l'art ; 2 se terminèrent spontanément.

Relativement à l'influence de ces tumeurs sur le développement des enfants qui en sont atteints, on doit dire que ceux-ci sont généralement

Après être arrivé, par voie d'exclusion, à reconnaître chez notre enfant l'existence probable d'une inclusion fœtale ; après avoir acquis la conviction que la tumeur ne communique pas avec le canal rachidien, ni avec un organe interne, et qu'elle ne remonte pas assez loin dans le bassin pour avoir à redouter de ne pouvoir atteindre ses limites supérieures, nous allons tenter l'extirpation. Nous sommes d'autant plus engagés à intervenir que la paraplégie peut être un phénomène réflexe ou sympathique dépendant de la tumeur, que la santé de l'enfant est chancelante, et qu'enfin les statistiques publiées sont tout à l'avantage de l'opération (1).

Si dans le cours de la dissection, quelques branches volumineuses de l'artère sacrée nous faisaient craindre une hémorrhagie, nous avons nos pinces hémostatiques, qu'au besoin nous appliquerions préventivement. L'examen que nous avons fait par le rectum ne nous a pas permis, vous le savez, d'arriver nettement aux limites supérieures de la tumeur; pourrons-nous tout enlever? la prudence nous guidera et nous ferons en sorte d'éviter l'accident rapporté par Holmes (*op. cit.*, p. 18), dans un cas où le Dr Seuftleben, disséquant une de ces tumeurs, ouvrit le péritoine, de sorte qu'une anse d'intestin grêle sortit à l'extérieur, ce qui, heureusement d'ailleurs, n'empêcha pas la guérison.

Mais il vaut mieux se borner à une ablation incomplète que de s'exposer aux dangers de l'ouverture de la cavité péritonéale.

Opération. — Nous faisons une incision longitudinale. Il

chétifs, mais bien conformés. Exceptionnellement on en a observé qui étaient affectés de pieds-bots, de contractures des membres, de paralysies.

(1) Sur 12 extirpations de tumeurs fœtales, on comptait déjà à l'époque de la thèse de Molk (et un certain nombre de faits heureux sont venus depuis grossir la liste) 11 succès et une mort (dans ce dernier cas il y avait complication de spina bifida).

De même pour les autres tumeurs congénitales (kystes, cystosarcomes, sarcomes, etc.) : sur 20 extirpations, on ne comptait que 3 morts et 2 terminaisons douteuses. Voici, du reste, la répartition de ces différents cas : 4 tumeurs communiquant avec le canal spinal, 2 guérisons et 2 morts; 6 cas de lipômes ou de tumeurs caudales, 6 guérisons; 10 tumeurs enkystées, 1 mort, 2 résultats douteux.

sort du pus mélangé à de la graisse et à quelques petits poils. En fendant la poche, j'éprouve la sensation de parties dures, cartilagineuses, osseuses. J'enlève tout ce qui est corps étranger. En détachant le kyste principal, je tombe sur un autre plus petit, accessoire, contenant de la matière sébacée épaisse. La tumeur adhère à la peau par un tissu fibro-cartilagineux. Chemin faisant, le bistouri rencontre d'autres kystes sébacés ou séreux, comme c'est l'ordinaire dans ces sortes de tumeurs. Au niveau des kystes séreux, l'enveloppe est très mince. Vous pouvez voir, Messieurs, combien la dissection est difficile ; mais je préfère ne pas me presser et tout enlever.

Nous voici arrivé aux limites supérieures de la masse pathologique. Le rectum est libre et nous l'avons respecté. Le coccyx existe, il est refoulé et masqué par la tumeur; point de communication avec la cavité rachidienne. La paraplégie ne dépend donc que d'une action réflexe. Il y a bien cette petite tendance à la gibbosité dont je vous ai parlé et que vous pouvez constater au milieu de la colonne vertébrale, mais cette légère déformation tient peut-être à la position qu'a dû s'imposer l'enfant depuis qu'il ne peut plus marcher ; c'est une chose à voir et à étudier.

Il ne reste plus maintenant qu'à suturer la plaie et à faire un pansement simple. Quant à la tumeur, nous en avons fait recueillir avec soin tous les débris que nous soumettrons à l'examen microscopique de M. André. Cet examen confirme de tous points notre diagnostic.



HUITIÈME LEÇON

TUMEURS ANO-COCCYGIENNES CONGÉNITALES

CONSIDÉRATIONS TÉRATOLOGIQUES SUR LES INCLUSIONS ET SUR LES MONSTRES DOUBLES DE CETTE RÉGION. LEURS RAPPORTS AVEC LA MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Messieurs,

A propos de l'enfant que j'ai opéré devant vous, la semaine précédente, d'une tumeur ano-coccygienne congénitale, et qui est aujourd'hui guérie, permettez-moi de revenir sur une question qui soulève de sérieuses difficultés théoriques, mais que le chirurgien a, comme vous l'avez vu, quelquefois besoin de résoudre dans un sens pratique, lorsqu'on lui demande d'intervenir.

Avions-nous réellement affaire, dans ce cas, à une inclusion fœtale, ou, comme le croyaient quelques-unes des personnes qui me font l'honneur de suivre ma clinique, à un kyste dermoïde ?

Quand on arrive aux limites de deux produits analogues, on est aussi embarrassé que lorsqu'il s'agit de définir les êtres qui occupent les derniers degrés de l'échelle animale et végétale ; mais la difficulté disparaît quand on se trouve en présence des cas extrêmes.

Consultez, je vous prie, les planches XXII et XXIII de la première année de la *Revue photographique des Hôpitaux*, vous y verrez représentée une jeune fille de dix ans, native

d'Issoudun, pour laquelle les parents étaient venus me consulter (fig. 40 et 41). Voici la description que Ch. Robin, à qui je l'avais présentée, a faite de cette enfant : « Elle a deux jambes bien développées, dont l'une est affectée d'un pied-bot. Entre ces deux membres abdominaux, que l'on peut considérer comme normaux, se trouvent deux autres membres, dont l'un, sauf son volume un peu moindre et la privation de mouvements libres, n'offre aucune particularité; l'autre, au contraire, se présente sous la forme d'un



Fig. 40. — Monstruosité double (*Revue photographique des Hôpitaux*, t. I).

moignon inséré au périnée et ne possède ni articulation, ni pied. L'appareil génital externe se compose de deux vulves parfaitement conformées; l'une, antérieure, est de beaucoup supérieure en volume à la seconde qui est située postérieurement; chacune d'elles possède un urèthre et l'urine sort à la fois par ces deux conduits, particularité qui avait nécessité l'usage d'un vase spécial à grand diamètre pour que l'enfant pût procéder à la miction. » Des médecins et chirurgiens belges, qui avaient eu occasion d'examiner attentivement ce monstre, avaient constaté l'*existence de quatre os coxaux dans*

le bassin, dont tous les diamètres étaient relativement considérables. C'est à cela qu'on doit rattacher les oscillations et la lourdeur de la démarche de l'enfant.

Le 25 mai 1846, Velpeau lisait à l'Académie des sciences, au nom du docteur Gorré, médecin à Boulogne, une observation dont voici le résumé :

Un enfant de huit mois, né de parents forts et bien portants, qui avaient eu deux autres enfants bien conformés, est lui-même en parfait état de santé, vif et de bonne humeur. Sa tête, son tronc, ses bras, sont régulièrement développés et bien proportionnés. Il en est de même des extrémités inférieures, qui occupent la place normale. Toutefois il porte un membre supplémentaire, évidemment formé par la réunion d'une seconde paire de membres pelviens (le pied se termine par dix orteils), compris sous une enveloppe commune ; cet appendice est situé sur la ligne médiane, en arrière des deux jambes normales qui le cachent presque complètement lorsque l'enfant est couché sur le dos.

Les moyens d'attache de cet appendice monstrueux sont une tige ostéo-cutanée large de 3 à 4 centimètres et longue de 2 à 3, mesurée en dehors du bassin normal *dans lequel elle s'enfonce en remontant jusqu'à une hauteur qu'on ne peut préciser ;* cette tige est assez mobile ; sa partie osseuse, autant qu'on en peut juger à travers la peau, paraît formée des dernières pièces du sacrum qui seraient le seul vestige du bassin anormal.

En avant de celui-ci, on voit deux pénis séparés, à leur origine, par une distance d'environ 4 centimètres ; un seul testicule de chaque côté se rencontre dans le double scrotum correspondant. Chaque pénis est pourvu de son canal de l'urèthre. Les deux canaux paraissent communiquer avec une vessie unique ; du moins, quand l'émission de l'urine a lieu, elle se fait en même temps et en quantité égale par les deux voies.

Voici un troisième fait, plus extraordinaire encore, que j'ai eu également l'occasion d'observer et dont l'observation, empruntée au professeur portugais Augusto de Macedo,

se trouve dans la première année de la *Revue photographique des Hôpitaux :*

Juan-Batista de los Santos est un homme d'une excellente constitution; taille $1^{m},64$; il a aujourd'hui 34 ans (1). Ascendants et frères tous valides, et chez eux pas la moindre difformité. Lui-même est bien conformé, en dehors des particularités suivantes :

Entre ses deux membres abdominaux se trouve une troisième jambe dont l'insertion se fait au périnée, entre l'anus



Fig. 41. — Sujet de la figure précédente vu de dos.

et le scrotum. Ce troisième membre est atrophié et une ankylose fémoro-tibiale presque complète le tient coudé sous un angle de 80° (voy. fig. 42). Il se termine par deux pieds accolés suivant leur bord interne et palmés ; on peut compter les dix orteils et leurs phalanges. Longueur totale de ce membre, $0^{m},79$.

Par le palper abdominal, on sent dans le bassin une tumeur

(1) Il y a évidemment erreur dans l'âge indiqué, car nous pensons qu'il s'agit ici du Portugais que nous avons vu à la clinique de Nélaton, en 1859, et qui avait alors dix-huit ans.

osseuse, dont la nature peut être diversement interprétée ; le docteur de Macedo pense que c'est l'occipital d'un fœtus enclavé ; pour nous, ce serait un os iliaque irrégulièrement conformé.

En avant de ce troisième membre, se trouve un appareil génito-urinaire des plus singuliers : deux verges d'un gros calibre occupent le milieu de cette région ; elles sont libres et indépendantes ; la droite est un peu plus développée que la gauche ; cela tiendrait à ce que le sujet la réserve plus spécialement pour le coït.

L'érection est complète dans les deux pénis à la fois ; la miction et l'éjaculation se produisent par les deux urèthres et en même temps. Il n'a pas été possible de faire une exploration pour s'assurer s'il y avait deux vessies ou une seule.

De chaque côté des pénis, qui se touchent par leur partie interne, débordent deux scrotums adhérents sur la ligne médiane ; la moitié interne de chaque scrotum est atrophiée et on n'y trouve aucune trace de testicule ; les deux moitiés externes, au contraire, sont parfaitement développées et renferment chacune un testicule normal coiffé de son épididyme, auquel fait suite un cordon spermatique assez volumineux.

Enfin, je fus consulté il y a quelques années pour une jeune fille à peu près du même âge que celle dont nous avons représenté plus haut la figure et qui me fut adressée par le docteur Foucher. Elle différait surtout de la précédente en ce que le membre inférieur surnuméraire était relié au bassin normal par une partie étranglée qui en eût rendu facile l'ablation ; je la proposai, mais le père refusa. L'observation fut publiée à cette époque par mon ami de Beauvais.

Voilà des cas (et il nous serait facile d'en augmenter la liste) (1) où le doute n'est pas possible. Il n'est pas besoin de beaucoup d'imagination pour reconnaître qu'il s'agit ici, non pas de faits d'hétéropie, mais bien de monstres doubles parasitaires, se séparant par des caractères nets et bien tranchés des mons-

(1) Voir J. Geoffroy Saint-Hilaire, *Traité de Tératologie*, t. III, 293.

truosités unitaires, et formant la transition des endocymiens proprement dits aux monstres doubles par greffe. Il y a longtemps que ce rapport a été signalé par notre illustre tératologue, J. Geoffroy Saint-Hilaire : « Les monstres doubles « par inclusion, dit-il, se lient intimement avec les autres « parasitaires, et même passent presque par des nuances « insensibles à une partie d'entre eux, notamment à plu- « sieurs polyméliens. Tels sont ceux dont les membres acces-

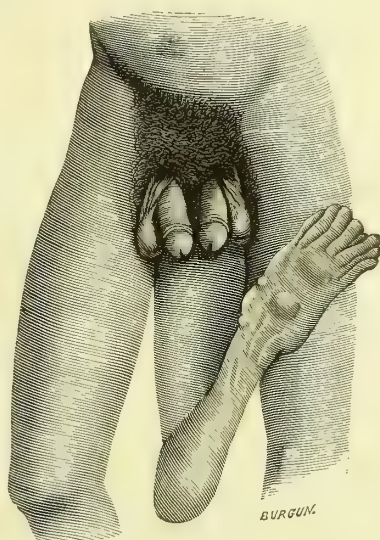


Fig. 42. — Monstruosité double (*Revue photographique des Hôpitaux*, t. I).

« soires sortent d'une tumeur plus ou moins volumineuse, « renfermant en elle diverses parties parasitiques : dispo- « sition très analogue à celle que présentent plusieurs en- « docymiens et pouvant même déjà être considérée comme « une demi-inclusion. »

Quant à l'inclusion véritable, elle a pour caractère spécifique l'enveloppement du parasite dans un kyste indépendant et recouvert en totalité par la peau de l'autosite.

Ainsi donc, la série des monstres composés parasitaires se divise en trois catégories :

1° Ceux chez lesquels le parasite est greffé et comme suspendu sur un point du corps de l'autosite ;

2° Ceux où le premier est en partie renfermé dans le corps du principal individu ;

3° Enfin ceux où l'inclusion est complète, l'être parasite étant comme emboîté dans l'autosite.

Or on observe dans toute la série un caractère tellement fondamental qu'il suffit à lui seul pour réunir tous les êtres qui le présentent en une seule et même grande division et les ramener, pour ainsi dire, à l'unité ; ce caractère, c'est que l'un des individus composants est toujours très petit, très imparfait et parasite de l'autre, qui seul jouit d'une vie propre et active.

Mais cet état d'imperfection du parasite n'est dans aucun genre aussi prononcé que chez les endocymiens, et c'est là ce qui fait l'extrême difficulté du sujet. Dans des cas exceptionnels, on trouve une main, un pied ; on a rencontré une colonne vertébrale unie à un crâne. Le fait le plus intéressant (monstre simple) est celui de Fattori, où il y avait deux débris de fœtus inclus dans un troisième ; l'un des parasites était contenu dans un kyste sous-cutané pendant entre les cuisses, et se composait d'une masse irrégulière terminée par deux pieds, dont l'un était muni de cinq orteils avec les ongles et s'articulait avec une jambe formée par un tibia recouvert par de la peau ; l'autre parasite, renfermé dans l'abdomen, était arrivé à un développement semblable ; il avait également deux pieds, mais l'un d'eux était seul pourvu de ses cinq orteils ; le deuxième n'en avait qu'un. En pareil cas, les rudiments du fœtus inclus sont arrivés à une période si avancée de leur évolution, que l'œil le moins exercé les reconnaît et ne saurait s'y tromper. Il en est de même des cas où l'on trouve des fragments d'intestin nettement caractérisés, une masse plus ou moins analogue au cerveau et composée de substance nerveuse, ou des organes des sens, comme dans le fait de Wils, où il existait une langue et une oreille, etc.

Mais est-il permis d'être aussi affirmatif pour les cas où, comme chez l'enfant qui fait le sujet de notre précédente leçon, on ne rencontre que des kystes multiples avec des débris informes d'os, de cartilages et d'autres tissus ?

Nous avons déjà trop côtoyé la discussion générale des monstruosités pour nous engager dans l'examen de la théorie de l'hétéropie plastique.

Bornons-nous à rappeler que Lebert, par réaction contre l'opinion exagérée des anatomo-pathologistes, qui voyaient des exemples d'inclusion dans tous les kystes renfermant seulement un faisceau de poils et quelques cellules épidermiques, se refusa à reconnaître la présence d'un fœtus dans une simple poche contenant des débris organisés plus ou moins rudimentaires. Cet auteur n'admit plus l'inclusion que dans les cas où elle est tout à fait indéniable et formula ainsi sa loi de l'hétéropie plastique :

« Beaucoup de fœtus simples ou composés et des organes « plus complexes même peuvent se former de toutes pièces « dans des endroits du corps où on ne les rencontre point. »

Mais le professeur de Zürich, après avoir rassemblé la plupart des faits de kystes dermoïdes publiés jusqu'à l'apparition de son mémoire (1), n'en a rencontré aucun dans la région périnéale, qui est, au contraire, de l'aveu de tous les auteurs, le siège d'élection des inclusions.

Le siège est donc en faveur de ce genre de monstruosités. Ce n'est pas tout : comme l'a fait observer Verneuil, les différences les plus radicales existent entre la genèse hétérotopique des éléments et des tissus et la formation des tumeurs parasitaires :

1° Celles-ci sont congénitales, tandis que l'hétéropie morbide se fait sous nos yeux, à diverses époques de la vie extra-utérine, rarement dans l'enfance ;

2° Cette dernière succède le plus souvent à une autre lésion organique ou traumatique, constitue une véritable maladie et est l'indice d'une tendance à la généralisation d'un élément anatomique ; elle révèle une diathèse dont on ne peut prévoir l'issue. Rien de semblable dans l'inclusion parasitaire, car elle peut être cliniquement assimilée aux corps étrangers dont elle a le pronostic et dont elle ne diffère

(1) *Mém. de la Soc. de biologie*, 1re série, t. IV, p. 203, 1852.

guère que par la faculté qu'a le parasite de s'accroître par une sorte de nutrition;

3° Enfin l'hétéropie morbide ne porte ordinairement que sur un seul élément anatomique ou sur un seul tissu; et si l'on objectait les kystes dermoïdes où l'on a trouvé simultanément des poils, des dents, de la graisse, des fragments osseux, nous répondrions qu'on n'en a jamais présenté un seul qui n'eût réellement pas été congénital, de sorte que cette objection n'avance nullement la solution du problème. La même simplicité de composition n'existe plus dans les tumeurs congénitales; on y voit toujours l'association de plusieurs éléments ou tissus, quand ce ne sont pas des organes entiers.

La loi de pathologie générale, formulée par Lebert, ne saurait donc s'appliquer aux faits que nous étudions.

Quant aux faits dans lesquels la congénialité n'est pas démontrée, dans lesquels les commémoratifs font défaut, leur diagnostic peut être impossible. Suivant la remarque de Verneuil, si l'on examine les cas extrêmes, il sera assurément facile de distinguer un kyste à parois cutanées renfermant, pour tout contenu, des poils et de la graisse, d'une poche contenant la moitié d'un squelette, des yeux et des viscères; mais en suivant la complication ascendante d'un côté, ou la dégradation descendante de l'autre, on arrivera bientôt à des faits très embarrassants et très communs qu'il sera bien difficile de placer dans l'une ou l'autre classe, si l'on persiste à admettre deux théories distinctes.

Cette difficulté n'est pas nouvelle en tératologie, pas plus qu'en histoire naturelle en général; ce qui constitue l'immense mérite de Geoffroy Saint-Hilaire, c'est d'avoir, à l'exemple des illustres fondateurs de la méthode naturelle, montré les relations qui existent entre les tissus les plus parfaits et les organismes les plus rudimentaires; c'est, en un mot, d'avoir établi l'échelle tératologique comme l'échelle ou la série zoologique ou botanique.

Permettez-nous de terminer ici cette incursion dans un domaine qui nous est, je ne dirai pas étranger, mais peu fa-

milier. Notre excuse, c'est que la tératologie est ici un guide nécessaire pour le diagnostic, le pronostic et le traitement.

C'est en se basant sur les faits d'observation que possède la science des monstruosités, que C. Paul a pu dire à propos du diagnostic : « Quand, chez un fœtus venant au monde, on trouve une tumeur plus ou moins grosse siégeant dans la région sacro-périnéale, que cette tumeur est arrondie, que son volume est au moins celui d'un œuf de poule, que la peau est peu changée dans ses caractères, qu'elle est fluctuante dans sa partie inférieure, transparente même au besoin, et que surtout on rencontre dans son intérieur une masse solide, dure, adhérente à la base, sans mobilité, on peut affirmer, presque sans crainte de se tromper, qu'on a affaire à une tumeur formée par un fœtus parasitaire enkysté. » Or c'étaient bien là les signes que présentait la tumeur chez notre enfant. Le diagnostic devient plus facile encore dans les demi-inclusions ou dans les inclusions véritables lorsque, par suite du travail d'élimination, des fragments de fœtus sont rejetés au dehors.

Quant au pronostic, sans revenir sur les quelques données statistiques que nous vous avons présentées dans notre leçon précédente, nous dirons que généralement la naissance des monstres par inclusion a lieu à terme, mais qu'un premier danger de mort existe au moment de l'accouchement dans les cas où la tumeur qui renferme le parasite est assez volumineuse pour gêner le travail. Aussi est-il quelquefois nécessaire de rompre le kyste pour abréger l'accouchement.

Après la naissance, l'enfant qui a évité en apparence ce premier péril peut encore succomber aux violences qu'il a éprouvées pendant l'accouchement ; ou bien, plus tard, le fœtus inclus, agissant comme corps étranger, provoquera un travail d'élimination, et les symptômes inflammatoires, gangréneux même, ne tarderont pas à emporter l'enfant. Ainsi se trouve justifiée cette loi de J. Geoffroy Saint-Hilaire sur les monstres par inclusion, aussi bien que sur tous les autres monstres doubles : « La mort de l'un des sujets composants entraîne presque toujours celle de l'autre, alors même que la vie

s'éteint d'abord dans cette masse accessoire, et souvent si peu importante en apparence, qui constitue le sujet parasite. »

Le chirurgien ne doit pas attendre cette période, malgré les quelques exemples de guérison spontanée à la suite d'inflammations et d'ulcérations qui ont amené l'ouverture de la poche, car une intervention rationnelle fera courir à l'enfant moins de danger.

La tératologie nous enseigne encore que le fœtus parasitaire peut occuper, dans la région sacro-péritonéale, toutes les couches depuis le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à la cavité abdominale elle-même ; refouler le rectum et les organes génitaux, et, dans certains cas de complication, communiquer avec l'intérieur du rachis par une fissure du sacrum, etc. Les vaisseaux du parasite peuvent aussi communiquer avec l'artère sacrée moyenne de l'autosite ; de là des précautions indispensables, d'une part, pour éviter une hémorrhagie, ce qui nous est facile, grâce à nos pinces hémostatiques ; d'autre part, pour éviter dans la dissection de la tumeur la lésion des organes pelviens. Ces règles de conduite ne s'appliquent pas seulement aux cas simples, comme celui de notre enfant ; nous n'hésiterions pas, quant à nous, à les étendre à quelques-uns de ceux de demi-inclusion dont nous avons cité plusieurs exemples au début de cette conférence, et même à quelques-uns des monstres doubles parasitaires les plus élevés de la série, dans lesquels l'amputation pourrait avoir lieu sans provoquer de trop graves désordres du côté de la cavité pelvienne de l'autosite.

NEUVIÈME LEÇON

DES ACCIDENTS PSYCHIQUES D'ORIGINE TRAUMATIQUE

LEURS RAPPORTS AVEC LES OPÉRATIONS DE GASTROTOMIE

Messieurs,

J'ai eu l'occasion de voir peu après deux opérations d'ovariotomie des accidents psychiques très graves. Il ne s'agissait point de désordres passagers et sans importance ; le délire avait été consécutif à une méningo-encéphalite à marche aiguë, s'étendant à une grande portion de la surface des circonvolutions cérébrales des deux côtés. Cette affection avait-elle un rapport de causalité avec le traumatisme ou la maladie qui l'avait nécessité? Était-ce au contraire une simple coïncidence? Telle est la question que je me suis immédiatement posée. J'ai pu, en faisant appel à mes souvenirs, acquérir la certitude que cette coïncidence, si c'en est une, se présente de temps en temps ; qu'il ne faut point perdre absolument de vue l'encéphale lors même qu'on opère dans une région fort éloignée et que des accidents nerveux d'origine cérébrale ont plus d'une fois remis tout en question lorsque l'on était en droit d'attendre une guérison. Je me propose d'étudier les relations encore si peu connues d'un certain nombre de ces phénomènes avec le traumatisme chirurgical. Il faut avant tout nous entendre sur les mots et jeter

pour cela en commençant un coup d'œil rapide sur un ou deux points de pathologie générale. Nous parlerons souvent de sympathies, parfois de diathèses, plus rarement de tempéraments. Ces mots si simples en apparence, que tout le monde comprend ou croit comprendre, peuvent cependant donner lieu à des confusions. En une période de trente ans, ils ont passé par des péripéties nombreuses; on a restreint ou étendu leur sens; on en a abusé parfois, parfois aussi on a été sur le point de les abandonner; aujourd'hui on y revient.

Vers 1830, les pathologistes qui n'avaient point oublié les idées des anciens entendaient par sympathie les relations ou plutôt les solidarités inexplicables existant entre un organe et un autre : il y avait des sympathies entre la muqueuse de l'urèthre et la conjonctive. La théorie des métastases était la conséquence de la première : une maladie siégeant sur un organe pouvait, en se déplaçant brusquement, arriver dans l'organe sympathique et s'accuser par des phénomènes en rapport avec ses fonctions. Beaucoup d'expressions qui nous restent viennent de là; quand on parle d'épilepsie ou de folie sympathiques, on admet implicitement une relation entre les centres psycho-moteurs et un point éloigné primitivement malade. A mesure que la physiologie de la moelle a été mieux étudiée, la doctrine a perdu du terrain ; ce qui était sympathique est devenu réflexe. Par suite d'une nouvelle évolution on a cherché à découvrir les centres de l'encéphale qui tiennent sous leurs dépendances les phénomènes vitaux et les voies précises par lesquelles se transmet leur action aux viscères thoraciques ou abdominaux. Si nous étions arrivés dans ce sens à autre chose qu'à des hypothèses, le mot sympathie n'exprimerait plus des relations plutôt devinées qu'entrevues, mais des rapports perceptibles et pour ainsi dire invariables.

Les tempéraments et les diathèses ont subi des vicissitudes analogues ; sous le règne de la pathologique humorale, ces mots désignaient un état ou une altération des liquides organiques : la diathèse scrofuleuse portait sur la lymphe ; la diathèse syphilitique on ne savait trop sur quoi. Aujourd'hui on emploie, et l'on a raison, ces expressions avec un sens plus limité ou, si

vous aimez mieux, plus anatomique. L'observation nous apprend que certains individus présentent une sorte de susceptibilité morbide du côté d'un appareil organique. Qu'ils soient soumis à des causes générales capables de déterminer une inflammation, c'est là qu'elle se localisera; un refroidissement suivi, chez les uns, d'une bronchite ou d'une pneunomie, amènera chez les autres une néphrite ou une entérite. Dans une étude récente, Lasègue a démontré que le cerveau n'échappe pas à cette loi, qu'il peut devenir ou mieux encore qu'il devient souvent un lieu de moindre résistance, comme on dit aujourd'hui. Les cérébraux, c'est ainsi qu'il appelle les gens qui présentent cette particularité, auront, sous l'influence d'une cause parfois légère, des phénomènes apoplectiques, paralytiques, plus souvent psychiques.

Le traumatisme chirurgical peut-il créer cette prédisposition? Agit-il au contraire seulement comme cause déterminante et ne produit-il d'accidents psycho-moteurs que chez les cérébraux? Ses effets varient-ils suivant qu'il porte sur tel ou tel organe? En d'autres termes, quel est le rôle des tempéraments, quel est celui des sympathies? Tel est le problème que nous essayerons, sinon de résoudre, au moins de poser clairement. Voyons d'abord un délire connu depuis longtemps et sur la nature duquel on est loin d'être fixé.

I. — DÉLIRE NERVEUX PRIMITIF DES BLESSÉS OU DES OPÉRÉS.

« Si le soir, disait Dupuytren (1), le lendemain ou le surlendemain d'une fracture, d'une luxation, d'une tentative de suicide, ou d'une opération quelconque, le malade paraît dans un état de gaieté surnaturelle; s'il parle beaucoup, s'il a l'œil vif, la parole brève, les mouvements brusques et involontaires ; s'il affecte un courage et une résolution désormais inutiles, soyez sur vos gardes ! »

Suit une série d'observations destinées à montrer les caractères cliniques et le mode d'évolution des accidents nerveux

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale.*

en question. Dans une, le délire est consécutif à l'opération d'un sarcocèle volumineux, chez un homme de vingt-cinq ans, nerveux et très inquiet ; dans la seconde, on l'observe à la suite d'une fracture de côte chez un homme de vingt-six ans ; le troisième malade est entré à l'hôpital pour une plaie du cou qu'il s'est faite avec l'intention bien arrêtée de se donner la mort; une quatrième observation est également relative à une tentative de suicide (blessures du thorax); enfin une cinquième a pour sujet un homme ayant une fracture de jambe compliquée de plaie, faite dans une rixe. Le second jour, il fut pris d'accidents nerveux intenses et succomba le quatrième. A l'autopsie on trouva le cerveau complètement sain. « On voit, dit Dupuytren, qu'il existe de grandes analogies entre le délire nerveux et le *delirium tremens.* »

Ces observations sont loin d'être concluantes ; il y a longtemps qu'on en a fait la remarque. Dès 1850, on a soutenu dans une discussion de la Société de médecine de Paris que Dupuytren n'avait fait qu'adapter un nom à des phénomènes décrits par tout le monde ; qu'il n'y avait point chez les opérés de délire spécial, mais *des délires* appartenant aux variétés connues. Cette opinion fut défendue par les cliniciens les plus sérieux ; la plupart des chirurgiens mêmes s'y rallièrent. Grisolle, Requin nièrent le délire primitif des blessés ; Robert n'y croyait pas davantage. Des discussions analogues eurent lieu en 1870 et en 1871 à l'Académie de médecine, et cette fois encore la doctrine de Dupuytren fut battue en brèche par Verneuil.

« 1° Le *delirium tremens*, dit cet auteur, se développe très souvent après les lésions traumatiques et comporte un pronostic sérieux.

« 2° La diète alcoolique ne saurait expliquer ni cette fréquence ni cette gravité, dont il faut surtout rechercher la cause dans le siège, le genre et les phases de la blessure.

« 3° Celle-ci peut troubler les fonctions cérébrales par des mécanismes divers : directement, quand la violence atteint la boîte crânienne et son contenu ; indirectement et suivant deux modes : 1° par l'intermédiaire du sang altéré, quantitativement

et qualitativement — il y a délire par anémie et par infection — 2° par l'entremise du système nerveux dont l'irritation, partie du point blessé, arrive au centre et provoque un délire réflexe. Cette variété qui est contestée à tort est facile à démontrer.

4° Ces trois causes déterminantes, impriment au délire des caractères particuliers autorisant à admettre trois formes, qui, distinctes sans doute au point de vue anatomo-pathologique, le sont assurément au point de vue du pronostic. »

Festal, auteur d'une thèse récente sur le même sujet, nie également le délire traumatique essentiel.

En Allemagne et en Angleterre, il n'en est plus question dans les ouvrages de chirurgie. « Dupuytren, » dit Rose, « a décrit la marche et les symptômes d'un délire nerveux dans lequel l'insomnie et l'analgésie se rencontreraient souvent : il est apyrétique, se termine parfois par une crise avec sommeil, mais souvent par la mort. Rare chez les femmes, on ne le rencontrerait jamais chez les enfants ; il surviendrait à la suite de toutes sortes de plaies. Voici comment Dupuytren l'a expliqué. Chaque individu présente une somme de force morale qui s'épuise par la douleur, comme les forces physiques. Moins un opéré perd de sang, plus les accidents inflammatoires sont légers. Pour que l'équilibre physique se maintienne il ne faut pas que la puissance surpasse la résistance ; il en est de même au moral. Si l'excitation n'est pas ramenée au *tonus* régulier par une souffrance prolongée, si elle ne trouve point son contre-poids dans l'énergie psychique, son influence retentit sur le cerveau et on a affaire au délire nerveux. On comprend par cela même que les opérations brillantes exécutées avec la plus grande célérité ne donnent pas toujours les meilleurs résultats. Dupuytren fait d'ailleurs remarquer les nombreuses analogies que présentent le delirium tremens et celui qu'il décrit, au point de vue des symptômes, de l'absence de lésions, de l'action de l'opium : le tremblement lui-même ne lui semble pas constant et pathognomonique dans le délire alcoolique. Il est impossible de savoir en quoi consistent, d'après lui, les différences. Il ne veut point

qu'on nomme ce délire traumatique parce qu'il n'est pas nécessairement consécutif aux plaies ; on peut seulement croire qu'il le distingue de celui des alcooliques parce qu'il parle en divers endroits du delirium tremens comme propre à l'ivrognerie. Sur sept observations de Dupuytren, trois concernent des maniaques ayant tenté de se donner la mort et qui, pendant la guérison de leurs plaies, présentèrent des troubles mentaux variés. Je crois que la dernière était relative à un délire septique; dans une il s'agit de delirium tremens; enfin dans deux autres on ne sait si l'on avait affaire à la même affection ou à des accidents fébriles. Chez un de ces malades la fièvre, l'inanition, l'alcoolisme, peuvent être incriminés, mais la relation est trop brève pour qu'on puisse s'arrêter à l'un ou à l'autre (1). »

De telles objections sont sérieuses, on pourrait dire irréfutables. Ceux qui ont défendu l'essentialité ne les ont pas même prévues. Tanchou veut qu'il existe des accidents psychomoteurs graves à la suite de l'anémie cérébrale ; personne ne le nie : on les a constatés après les grandes hémorrhagies ; ils ne sont pas rares chez les vieillards dont le cerveau ne reçoit qu'une quantité de sang insuffisante par suite de la diminution du calibre des artères encéphaliques ; est-ce bien avec ce délire que l'on doit compter à la suite des plaies ? Est-ce même lui que Dupuytren a eu en vue? C'est peu probable.

Belhomme et Cazeaux ont tenté une distinction clinique; ils ont fait de l'hallucination le symptôme pathognomonique permettant de distinguer toujours le delirium tremens de celui qu'a décrit Dupuytren ; c'était exagérer la doctrine du maître. D'ailleurs les modalités du premier sont extrêmement nombreuses : il serait difficile de trouver deux cas qui présentent trait pour trait la même physionomie : les hallucinations existent souvent, elles manquent quelquefois. Nous avons vu que Dupuytren lui-même ne croit pas à la constance du tremblement. Les cas qu'il a décrits sont, comme le dit Rose,

(1) Pithau. Billroth, Handb. d. Chirurgie, B d. I. Abth. 2. *Delirium tremens*, p. 79.

trop sommaires pour qu'on puisse en discuter les détails. Il a été frappé par l'aspect général ; il a vu dans cet état une aggravation du pronostic, mais son analyse n'a pas été plus loin.

Je ne puis avec mon expérience personnelle résoudre cette question ; cependant je ne suis guère disposé à croire à l'essentialité. Il y a quelque temps vous avez vu dans mon service un individu qui, dans un accès de délire, se fit avec un rasoir une plaie de la paroi abdominale assez étendue pour donner issue à une portion considérable du gros intestin, sectionné lui-même. Son délire était tranquille, apyrétique; le malade n'avait ni tremblement, ni hallucinations. C'eût été un excellent cas pour appuyer la théorie Dupuytren. Malheureusement l'élément fondamental faisait défaut, car il n'y avait point eu d'opération sanglante; cet individu était entré pour un rétrécissement de l'urèthre et il était traité par la dilatation graduelle ; l'autopsie ne montra rien du côté du cerveau. Il y a tout lieu de supposer que cette tentative de suicide, faite dans des conditions extraordinaires et avec un véritable stoïcisme, avait pour cause un état mental peu satisfaisant, qui probablement existait depuis longtemps.

A un autre point de vue ces faits ne manquent pas d'intérêt : que le délire des opérés soit essentiel ou non, il existe et il est grave ; que ce soit une variété de delirium tremens, de manie, une manifestation d'une lésion cérébrale ancienne à marche lente, peu nous importe. Ce sont au contraire des raisons de plus pour scruter minutieusement, avant d'opérer, les antécédents des malades ; pour nous renseigner près de leur famille, et, si rien ne presse dans leur état, pour les tenir quelque temps en observation avant d'arriver à une intervention active.

Le traumatisme chirurgical n'agit donc probablement pas comme cause unique et originelle ; il ne saurait à lui seul créer de toutes pièces un délire chez un individu dont l'état cérébral est absolument régulier, qui n'est sous le coup d'aucune intoxication, mais c'est une cause déterminante, capable de faire entrer dans une période aiguë une manie qui depuis longtemps sommeillait, de donner à l'alcoolisme chronique la

forme délirante, et dans ces circonstances l'une et l'autre compromettent le succès des opérations et la vie du malade.

Voici comment les choses se passent ordinairement.

Tout va bien pendant quelques heures, pendant quelques jours même. Puis surviennent de la somnolence et de l'affaissement intellectuel; la face est congestionnée, les yeux sont brillants, enfin l'excitation va croissant d'heure en heure.

Alors le délire éclate : le malade voit courir sur son corps des souris, des rats ou des reptiles. Il vocifère, crie, veut se précipiter par les fenêtres; il maltraite ceux qui l'approchent. Au bout de deux ou trois jours tout rentre dans l'ordre, une sueur abondante et un sommeil réparateur terminent le plus souvent la scène. Telle est la forme maniaque du delirium tremens.

La forme mélancolique à hallucinations terrifiantes, avec tentatives de suicide, est un peu moins fréquente; cependant nous l'avons tous rencontrée; il est même probable que c'est elle que Dupuytren a eue surtout en vue.

Je n'ai pas insisté sur le délire par *anémie cérébrale;* à notre époque les précautions prises pour ménager le sang des opérés sont tellement minutieuses qu'on n'a presque jamais l'occasion de l'observer à la suite de traumatismes chirurgicaux. D'ailleurs cette forme est bien rare : une hémorrhagie abondante tue le plus souvent les malades avant que le délire survienne. Les affections cachectiques accompagnées d'hypoglobulie ou d'hydrémie ne présentent le plus souvent qu'un subdelirium insignifiant vers la fin.

Je n'ai jamais observé ces accidents à la suite des gastrotomies; je vous en parle simplement pour vous donner un terme de comparaison afin que vous puissiez voir par vous-mêmes si ceux que nous allons étudier maintenant sont de même nature.

II. — DÉLIRES DIVERS.

Voyons d'abord l'histoire d'une affection cérébrale observée peu de temps après une opération d'ovariotomie et tâchons de l'interpréter ensemble.

Obs. II. — *Ovariotomie. Huit jours après, délire. Idées de grandeur. Hallucinations de la vue et de l'ouïe. Fièvre intense. Mort le sixième jour. Lésions anatomiques de la méningo-encéphalite.* — Marie H...., femme T...., vingt-six ans, entre dans le service de Voisin, le 5 février 187

L'ovariotomie a été pratiquée par nous, le 21 janvier dernier; nous avons enlevé un kyste contenant 12 litres de liquide. Les suites de l'opération ont d'abord été normales, mais au bout de huit jours on remarque de l'exaltation, de la loquacité, de l'insomnie, et deux jours plus tard le délire éclate.

Pas d'hérédité. Bonne santé antérieure, malgré quelques accidents nerveux hystériques ; caractère vif, impressionnable.

1er *février*. — La malade est dans le décubitus dorsal, couverte de sueur, la face rouge, en proie à une grande excitation. Le pouls est à 120 et le thermomètre marque 38° dans l'aisselle. Elle crie, chante ou pleure par intervalles et parle avec volubilité. « Je suis la mère de Dieu, dit-elle, j'ai sauvé le genre humain, je sanctifierai tout le monde. »

La parole est nette ; les pupilles sont égales, d'un diamètre au-dessus de la moyenne. La malade reconnaît son mari et les personnes qui la soignent. Elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe ainsi que de l'hyperestésie de ces deux organes et des illusions visuelles. La plaie abdominale n'offre rien de particulier; la suppuration est légère.

On est obligé d'employer la camisole de force, la malade cherchant sans cesse à quitter le lit.

Nourriture légère; vésicatoire à l'occiput préalablement rasé, potion avec 4 grammes de bromure de potassium, 15 milligrammes de chlorhydrate de morphine en trois injections hypodermiques, à intervalles égaux.

2. — Même excitation ; un peu de sommeil après chaque injection. Les pupilles ne sont pas influencées par le médicament. TA = 36°,2.

La malade dit : « Le Sauveur, c'est moi; l'enfant Jésus, c'est moi ; je veux être la reine de France, je suis digne de l'être. » 7 centigr. de morphine en trois fois et 10 centigr. de chloral, deux heures après chaque injection.

3. — Toujours très agitée ; somnolente et légèrement abattue par moments. Elle parle tout bas de ses idées délirantes et fait quelques réponses raisonnables. Pupilles moyennement dilatées. Quelques nausées, sans vomissements. Lait. 25 centigr. de morphine en quatre fois et 10 centigr. de chloral, deux heures après chaque injection.

4. — Pendant la première partie de la nuit la malade a été tranquille, mais depuis l'agitation est revenue. Elle fait sur son lit des mouvements considérables du ventre, porte le tronc en avant en s'arc-boutant sur la nuque et les talons, et cela d'une façon rhythmique, en chantant ou poussant des cris.

Rien de nouveau du côté du ventre. Face vultueuse, sueurs profuses; incontinence de l'urine et des matières fécales.

P = 140. TA = 41°,2. 25 centigr. de morphine en quatre fois. 10 centigr. de chloral comme précédemment. 50 centigr. de sulfate de quinine en lavement.

5. — Hier soir, les sueurs avaient diminué, le pouls était à 120, la température à 39°. Un peu de calme, de sommeil jusqu'à minuit; depuis, grande agitation, cris perçants, fixité du regard et extase par moments. Ce matin, P = 148, TA = 40°. 25 milligr. de morphine en une injection et deux heures après 10 centigr. de chloral.

Onze heures. — Elle arrive très abattue à la Salpêtrière, répond d'une façon sensée et donne avec précision les renseignements nécessaires à son entrée, tels que noms, âge, lieu de naissance. P = 148. Nouveau vésicatoire à l'occiput, un à chaque mollet. 50 centigr. de chloral en potion ; 50 centigr. de sulfate de quinine en lavement pour le soir. Cesser le chlorhydrate de morphine.

Cinq heures. — Elle est abattue, calme, parle bas. Pupilles moyennes. Quelques nausées. TA = 39°.

6. — Mort à trois heures du matin.

Autopsie trente-six heures après la mort.

La plaie abdominale, longue de 15 centimètres, contourne le côté gauche de l'ombilic et remonte un peu au-dessus. Vers sa partie moyenne, elle présente un orifice de 4 centimètres de diamètre qui livre passage au pédicule, autour duquel il y a très peu de suppuration.

A la face postérieure de la paroi abdominale, on voit la plaie cicatrisée, lisse et l'orifice précédent adhérent par ses bords au pédicule. Celui-ci, du volume d'une grosse amande, est situé à 4 centimètres en dehors de l'ovaire gauche, sur le ligament large qui adhère au mésocôlon iliaque. L'utérus est dévié à droite. Un peu de rougeur sur le péritoine, au niveau de la partie qui avoisine la plaie.

Rien à noter dans les organes du thorax et de l'abdomen.

Cerveau. — Les méninges présentent de nombreuses taches ecchymotiques, d'étendue variable, avec suffusions sanguines et turgescence des plus petits vaisseaux.

Dans l'hémisphère gauche, cet état se fait surtout remarquer au niveau du tiers moyen de la première et de la deuxième frontales, sur toute l'étendue de la troisième frontale, de la première et de la troisième temporales, sur la partie inférieure de la première pariétale, et sur presque toute la longueur de la deuxième pariétale.

Dans l'hémisphère droit, on le constate, sur le tiers postérieur de la première et de la troisième frontales, sur le tiers inférieur de la frontale ascendante et sur presque toutes les circonvolutions occipitales. En enlevant les méninges, on voit, dans presque tous ces endroits, un pointillé très apparent de la substance corticale.

Sur l'hémisphère gauche, au niveau du tiers postérieur de la troisième frontale et tout le long de la première pariétale, on remarque que la méninge adhère légèrement à la substance sous-jacente, elle happe et lui donne un aspect grenu.

Injection considérable des parties moyenne et postérieure de la couronne de Reil; injection qui pénètre dans les folioles des circonvolutions pariétales et occipitales droites. Piqueté anormal des couches optiques.

Examen microscopique. — Un morceau de méninge ecchymosée traité par l'hématoxyline, présente des noyaux en quantité normale et les vaisseaux sont gorgés de sang.

Une portion de la substance corticale de la première temporale gauche offre partout des myélocites et des cellules à l'état d'intégrité parfaite. Par places, on note l'injection des plus fins capillaires qui, ailleurs, ont un aspect normal.

Cet état se retrouve dans la substance grise de la troisième frontale droite, de la première et de la troisième frontales gauches.

En résumé : opérée le 21 janvier, cette femme tombe folle *huit jours après*. Pendant six jours, elle présente les symptômes d'une inflammation corticale du cerveau à marche suraiguë, et le septième, elle meurt, évidemment emportée par cette complication nerveuse. A l'autopsie on trouve les lésions de la péri-méningo-encéphalite diffuse (1).

Le délire ayant été symptomatique d'une lésion cérébrale, c'est le cas de se demander, comme je vous le disais au début, s'il est possible d'établir une relation de causalité entre l'opération et elle; de voir si la première pourrait être considérée sans invraisemblance comme la cause unique de la seconde; si au contraire elle n'est intervenue que d'une manière incidente pour déterminer une affection de l'encéphale chez une personne prédisposée depuis longtemps?

(1) Cette observation a été recueillie et publiée par le Dr A. Voisin.

Cette question est difficile à résoudre; les renseignements donnés sur l'état mental antérieur ont été extrêmement sommaires. Si rien n'autorise à dire qu'au moment même où elle fut opérée, une phlegmasie chronique de la pie mère et de la périphérie de l'encéphale fût en voie d'évolution, on n'est pas non plus autorisé à nier qu'il existât une prédisposition aux localisations de ce côté, que la malade fût une cérébrale.

L'ovariotomie a exercé une influence, cela me paraît probable. A-t-elle été la cause unique de tout? Aux dangers qui mettent en jeu l'existence même des opérées doit-on en ajouter d'autres qui menaceraient leur intelligence? N'échappent-elles aux hémorrhagies primitives ou secondaires, à la péritonite, à la septicémie, au tétanos, que pour devenir folles et passer dans une maison de santé le reste de cette vie que nous avons tant de peine à conserver? Ce sont là autant de questions intéressantes auxquelles nous allons tâcher de répondre.

Je n'ai pas besoin d'insister, Messieurs, sur l'intérêt qu'elles présentent pour nous ; le soin que j'ai mis à rassembler des éléments qui nous permissent sinon de les résoudre, au moins d'en prévoir la solution, en est la meilleure preuve.

J'ai fait appel à mes souvenirs, j'ai consulté mes statistiques, j'ai recherché si l'on trouve dans la science des faits analogues à celui que vous venez d'entendre. Nous devions tenir compte de deux choses : de l'opération et de la région dans laquelle nous avions opéré. Après notre étude sur le délire nerveux primitif nous sommes arrivés à conclure qu'il a la plus grande analogie avec le delirium tremens. C'est assez dire que les traumatismes accidentels ou chirurgicaux peuvent le provoquer et que les blessés ou les opérés alcooliques sont menacés de complications nerveuses souvent mortelles. La même cause produit-elle des effets analogues chez les *cérébraux?* peut-elle déterminer chez eux des accidents *encéphaliques?* Voilà la première inconnue. Existe-t-il une sympathie particulière entre le péritoine ou les organes génitaux internes de la femme et les centres psycho-moteurs? Voilà la seconde.

On a décrit une folie consécutive aux traumatismes de la tête; mais entendons-nous bien sur ce point, je parle de chocs légers sans fracture des os, sans lésions immédiates du cerveau et de ses enveloppes. Je crois pouvoir affirmer *a priori* que les mêmes phénomènes se produisent à la suite d'autres accidents; la commotion cérébrale n'est pas nécessairement consécutive à une plaie ou à une contusion des parties molles du cuir chevelu ou de la face. Nous en avons vu après des lésions du thorax, après une fracture de cuisse, lorsque la tête était absolument indemne. Si une interruption brusque et passagère des fonctions du cerveau peut imprimer à cet organe une véritable susceptibilité morbide, créer une prédisposition; si ce trouble se rencontre parfois à la suite de traumatismes éloignés, ceux-ci doivent occuper une place importante dans l'étiologie des accidents nerveux secondaires. Les aliénistes modernes leur font jouer un grand rôle dans la genèse de certaines psychoses; plusieurs même ont systématisé, et, réunissant tous les phénomènes observés dans ces conditions, ont créé une classe particulière de folie à laquelle ils ont appliqué de préférence la qualification de traumatique (1).

Krafft-Ebbing lui donne pour caractères principaux l'irascibilité, l'incapacité de résistance aux excès, surtout aux excès alcooliques, des troubles sensoriels, des congestions partielles, une tendance marquée aux rechutes.

Shaes croit à la même névrose; elle serait caractérisée d'après lui : 1° à son début par de l'excitation maniaque, variable dans son intensité et sa durée. 2° L'excitation fait place à un état chronique, persistant souvent plusieurs années, pendant lesquelles le malade est irritable, soupçonneux et dangereux pour les autres. 3° Dans beaucoup de cas de cette espèce il y a des impulsions positives au suicide. 4° Les troubles caractéristiques de cette aliénation sont : les sentiments d'orgueil, de contentement de soi-même et de suspicion. 5° Elle se juge rarement par la guérison, a une ten-

(1) Clin. de 1876, obs. XVI, — ins. de 1875 obs.

dance à passer à la démence et à se terminer fatalement par des accidents cérébraux. 6° Les symptômes, la marche et la terminaison de l'aliénation mentale, produite par des causes traumatiques ont des traits spéciaux et assez caractéristiques pour autoriser à en faire une forme distincte de folie.

Ces conclusions ont été acceptées par beaucoup d'aliénistes anglais et allemands. « Il arrive souvent, dit Griesinger, qu'en pressant de questions les parents ou les amis du malade on finit par apprendre qu'il a éprouvé à une époque plus ou moins éloignée un accident quelconque, qu'il est tombé ou qu'il a reçu un coup sur la tête, que cet accident a été suivi d'un assoupissement prolongé ; quelquefois même alors on vous dit qu'à la suite le malade a présenté un certain changement dans le caractère, qu'il est devenu méchant, irritable, mais qu'on n'avait pas fait attention à cela, et qu'on n'avait pas cru que le changement pût être le prodrome de la folie qui a éclaté plus tard (1). »

Je crois pouvoir tirer de ceci la conclusion que le traumatisme brusque, accidentel, peut amener des délires de différentes formes, des folies consécutives à des lésions cérébrales.

Marcé et Legrand du Saulle ont vu la paralysie générale à la suite de coups portés sur la tête. Les observations dans lesquelles une opération aurait été la cause de tout sont moins nombreuses et moins probantes : on n'a guère fait de statistiques qu'à propos de l'œil. Sichel a vu sept fois un peu de délire après l'extraction de la cataracte : les malades prononçaient des mots incohérents, voulaient se lever, enlever leur pansement. Herzog a vu un accès de manie à la suite d'une strabotomie. Lanne, Galezowski, Magne, ont rapporté des faits analogues; je ne sais trop jusqu'à quel point nous devons tous les rapprocher de celui dont il a été question. La plupart des individus étaient âgés ; quelques-uns étaient alcooliques ; le délire cessa en même temps que l'occlusion des paupières ; de plus il s'agissait d'un accident immédiat et en rapport direct avec l'opération.

(1) *Revue médico-chirurgicale anglaise et étrangère*, février 1866.

Si nous prenons des faits d'un autre ordre et que nous cherchions nos exemples dans notre statistique personnelle de gastrotomies, nous trouverons ici encore des accidents délirants plus ou moins marqués. Sur les 299 cas dont elle se composait, le 1er janvier 1878, on a constaté huit fois des accidents nerveux dans lesquels l'intelligence a été intéressée; deux malades tentèrent de s'empoisonner; deux furent prises de manie aiguë, peu de jours après l'opération ; deux refusèrent volontairement toute alimentation et succombèrent à l'inanition ; enfin chez les deux dernières il y eut un délire peu marqué accompagné de secousses cloniques (1).

Dans deux de ces cas, il y avait une autre cause que le traumatisme : ainsi une malade opérée au mois de septembre 1870 fut prise de manie lors des premiers coups de canon qui marquèrent le début de l'investissement; une autre, une étrangère ne comprenant pas le français, avait témoigné dès les premières heures qui suivirent l'opération des craintes exagérées et une défiance extrême de son entourage; un de nos confrères qui parlait sa langue voulait bien lui donner des soins et réussissait difficilement à la tranquilliser; comme il fut obligé de quitter Paris avant la cicatrisation de la plaie, la malade retomba vite dans son premier état : elle était agitée, parlait presque continuellement, elle eut des attaques hystériformes et succomba. Si donc nous laissons de côté ces deux cas dans lesquels l'insultus traumatique fut accompagné d'éléments défavorables tenant au milieu et aux circonstances, il nous restera 1 cas sur 50, dans lequel les opérées ont eu des accidents nerveux psycho-moteurs. Notons que dans aucun il ne pouvait être question de septicémie ou de pyhémie; la plaie était très belle, la température et le pouls étaient presque normaux, mais il s'agit toujours d'accidents évoluant peu de temps après l'opération, et pour faire une part à chaque chose, il faudrait absolument connaître toute la biographie pathologique des individus ; savoir quel était leur état

(1) Depuis cette époque le nombre de nos gastrotomies a presque doublé sans que nous ayons eu d'autres cas de folie que celui dont il a été question au début.

mental antérieur et leur degré de résistance morale. La plupart des chirurgiens insistent sur les mauvaises conditions créées par une pusillanimité exagérée et sur la douleur physique. Aujourd'hui celle-ci ne vient qu'en seconde ligne puisque l'anesthésie l'a en partie supprimée, mais certaines personnes redoutent les suites ; elles s'effrayent pour la moindre cause, le plus léger retard dans la cicatrisation de la plaie les agite et les désespère ; c'est là un élément dont on doit certainement tenir compte. Podrazki a fait remarquer que dans les grands traumatismes accidentels, le sensorium est touché de préférence lorsque les malades ont conscience de la gravité de leur état (1).

Pour les folies survenant plusieurs mois après un épisode brusque, on ne saurait invoquer la même cause, mais nous devons faire observer que cette variété doit être bien rare à la suite des gastrotomies, puisque dans tous les cas que nous avons signalés, nous ne connaissons qu'un seul exemple de maladie cérébrale et encore il s'agit d'un ramollissement survenu des années après l'opération chez une personne âgée. Nous ne trouvons rien de mieux déterminé dans les autres statistiques : parfois on mentionne des décès par suite d'accidents nerveux, mais c'est toujours pendant la période de réunion de la plaie.

Voici un exemple assez détaillé rapporté par le Dr Hodder de Toronto (2) et relatif à un délire qui a guéri.

La malade, âgée de 22 ans, avait été opérée par ovariotomie, le pédicule fut assuré avec des ligatures dont les bouts furent tirés en dehors à l'angle inférieur de la plaie. Rien d'important pendant l'opération. L'ovaire opposé fut examiné et trouvé parfaitement sain de volume et d'apparence. Le quatrième jour après l'opération, une tumeur du volume d'une orange pouvait être distinctement sentie du côté de l'ovaire restant, tumeur dont il était difficile de se rendre compte après enquête ; cependant on trouva que, deux ou trois heures auparavant, la malade avait eu un violent accès

(1) *Spital Zeitung*, 1860. — (2) *The Canada Lancet*, juin 1872, t. VI, p. 448.

dont la description était celle d'un franc accès de manie. Cinq jours après, elle eut *un autre paroxysme semblable*, dont elle n'éprouva toutefois aucun mal. A l'examen, vingt-six jours après, la tumeur fut trouvée considérablement augmentée de volume quoique ne causant aucune gêne ni douleur. Finalement la malade guérit.

En admettant qu'il y ait eu un véritable accès de manie, comme on le dit, nous n'en sommes guère plus avancés. L'opérée avait-elle eu antérieurement des manifestations de la même névrose ? l'observation n'en dit rien.

Cette tentative de démonstration directe n'a pas été heureuse, elle nous conduirait plutôt à conclure que si le traumatisme exerce chez certains individus prédisposés une influence qui se manifeste à courte échéance par des désordres psycho-moteurs, nous ne savons rien sur ses suites éloignées du côté de l'encéphale ; que si la folie traumatique existe, ce qui est probable puisque tout le monde le dit, elle n'est guère observée à la suite des gastrotomies ; que ces opérations qui peuvent à la rigueur être mises au nombre des causes déterminantes de certains délires ne sauraient en aucune façon les créer de toutes pièces.

On peut objecter à cela, et non sans raison, que nous observons les opérées pendant une période trop courte pour donner des conclusions formelles ; que si plus tard elles deviennent folles furieuses, lypémaniaques ou paralytiques générales, nous n'en savons rien parce que la famille s'adresse alors à un aliéniste et non au chirurgien. Il faut donc renoncer momentanément à l'étude statistique, et nous demander non plus si la chose est démontrée, mais si elle est possible.

Laissons de côté pour un moment la nature et la raison d'être du traumatisme et voyons si des affections plus ou moins brusques portant sur les organes pelviens et abdominaux peuvent être le point de départ de délires. La réponse est affirmative. On a décrit des folies à la suite d'affections de l'intestin, d'autres sont en relation directe avec l'appareil génital interne de la femme. On trouve là comme à la suite de nos opérations une irritation plus ou moins violente. Mais le dévelop-

pement graduel des accidents, leur degré d'acuité parfois très faible, l'absence de choc, ne permettent aucune comparaison : il n'existe guère qu'une variété sur laquelle on puisse discuter la folie des nouvelles accouchées. Je ne dis pas, Messieurs, folie puerpérale ; car on a fait rentrer dans ce cadre celle que l'on observe dans le cours de la grossesse et pendant l'allaitement : or, dans ces deux cas, les conditions organiques sont tellement différentes de celles de nos opérées qu'il nous paraît inutile d'insister sur une discussion dont on ne pourrait rien conclure. Après la parturition nous nous trouvons au contraire en présence d'un état qui ressemble quelque peu à celui qui suit les gastrotomies. Il y a eu un traumatisme récent, les conditions mécaniques de la cavité abdominale ont de l'analogie : elle a subi une distension exagérée, il y aura des oscillations avant que les organes aient repris la place qu'ils occuperont définitivement. Dans les deux cas, une plaie étendue et profonde est en voie de cicatrisation et les malades ont dû résister à un traumatisme de quelque importance.

Nous n'avons guère l'occasion d'observer dans nos services la folie des nouvelles accouchées. Voici comme la décrivait Scanzoni en 1852.

« La variété de manie que nous observons le plus souvent est le délire furieux accompagnant des affections puerpérales fébriles. Parfois les congestions céphaliques intenses qui se présentent au moment de la fièvre de lait sont la cause des accès. Il existe souvent aussi une affection inflammatoire de l'utérus et de ses annexes, parfois la manie survient un peu plus tard sous l'influence des affections du liquide sanguin d'origine puerpérale, deux fois nous l'avons vue en même temps que le mal de Bright. Mais si les attaques d'éclampsie ne sont pas rares dans ces conditions chez certaines accouchées, on ne voit pas souvent d'attaques répétées de manie. C'est un simple symptôme qui se montre et disparaît suivant les vicissitudes de l'affection génératrice. Remarquons que de toutes les phlegmasies puerpérales celles qui ont pour siège le péritoine nous paraissent le moins prédisposer à la manie.

Kiwisch n'a jamais vu une seule péritonite qui en soit accompagnée.

Nous rangerons avec Leubuscher (1) dans la seconde forme celles qui se développent chez des *hystériques.* La grossesse, l'accouchement et ses suites ne font qu'augmenter leur état d'affaiblissement. On a observé des cas de manie après d'abondantes hémorrhagies puerpérales chez des personnes qui ont eu des accouchements longs et difficiles, enfin, d'autres étaient *névropathes* depuis longtemps.

Leubuscher rapporte à la troisième forme tous les faits dans lesquels il y avait eu antérieurement de la manie. *La grossesse et la parturition ne sont en pareil cas que des causes déterminantes.* La folie prend alors un caractère spécial. Au milieu des conceptions délirantes qui se succèdent et s'entremêlent, on en trouve toujours une prédominante; c'est elle qui à proprement parler remplit l'esprit, les autres sont jetées autour d'elle comme une sorte de chaos. Le puerperium est alors la cause occasionnelle de l'explosion maniaque. Il y a là quelque chose d'analogue aux congestions cérébrales qui suivent l'arrêt d'un flux hémorrhoïdaire. Elles peuvent être l'origine d'une poussée psychique, mais elles ne sont jamais la cause unique de la folie, qui a pour point de départ les conditions de tout l'organisme et surtout de *la vie cérébrale de l'individu* (2). »

Ces idées, déjà anciennes, n'ont presque rien perdu de leur actualité. Dans sa thèse d'agrégation, Raymond résumant les doctrines contemporaines (3), décrit pendant l'accouchement ou immédiatement à sa suite deux variétés de cette folie; une passagère caractérisée par du délire aigu avec des hallucinations, et une autre persistante, la folie puerpérale vraie, présentant ordinairement une tendance marquée aux impulsions nuisibles ou érotiques (Marcé), des intermissions comme dans la manie commune (Lasègue).

La lypémanie est beaucoup plus fréquente : la plupart des

(1) Verhandl. d. Ges. f. Geburtshilfe in Berlin, Bd. III, p. 89. — (2) Lehrb. d. Geburtshilfe, Bd. III, p. 443-444. — (3) *De la puerpéralité*, Th. d'Agrég. Paris, 1880.

auteurs font remarquer qu'elle arrive surtout après les grandes hémorrhagies.

Il y avait, Messieurs, à la fin de l'année 1879, à l'asile de la Salpêtrière, deux femmes récemment accouchées, atteintes l'une et l'autre de folie. Les observations de ces deux femmes prises par Jouin, alors interne de Moreau de Tours, me semblent assez intéressantes pour que je croie devoir vous les donner complètement ici.

Obs. III. — Estelle Boul..., trente-quatre ans, femme de peine, est épileptique et placée comme telle dans le service de Charcot. Elle a eu déjà deux enfants, mais les premières couches ont été bonnes. Enceinte pour la troisième fois, elle ressent les premières douleurs de l'enfantement le 27 novembre 1879, douleurs vagues et dont elle n'est d'ailleurs incommodée que quelques heures. Cependant le col effacé se dilate et le 29 novembre, le surlendemain seulement, la dilatation est complètement terminée. L'interne de garde, appelé, soupçonne une grossesse gémellaire. Une tête se présente en position occipito-iliaque gauche antérieure. L'interne attend quelque temps encore ; puis, à onze heures du soir, le travail ne marchant en aucune façon, la tête demeurant enclavée dans l'excavation, enfin et surtout, la malade se fatiguant d'une façon exagérée, il fait une première application de forceps. La malade, un peu agitée déjà, et grandement effrayée des suites de son accouchement, a été préalablement anesthésiée. Extraction très facile d'un enfant vivant et bien constitué. Mais il reste un second fœtus dans l'utérus.

La malade, plus fatiguée naturellement qu'avant la première opération, demande instamment qu'on la délivre. De plus, les battements du cœur fœtal deviennent bientôt nombreux et faibles. La seconde poche des eaux est donc rompue. Une tête se présente au niveau du détroit supérieur. Puis l'utérus continuant à ne pas se contracter, on fait une seconde application de forceps. Mais si rapidement que celle-ci soit exécutée on ne tire qu'un enfant déjà mort et que des soins empressés ne peuvent rappeler à la vie. La femme est délivrée facilement : on lui donne du seigle ergoté et l'utérus revient sur lui-même beaucoup plus facilement qu'on aurait pu le croire. Seulement, deux heures après la dernière application de forceps, la malade est prise de troubles intellectuels. Elle devient insolente, agressive et veut se jeter à bas de son lit. On applique la camisole de force, ce qui ne l'empêche pas de se livrer à des mouvements tumultueux et désordonnés. Délire généralisé, excitation excessive, loquacité, fureur. En somme tous les

troubles d'une manie suraiguë. La température est à peine élevée, le pouls demeure presque normal.

Chloral en lavements et à haute dose. La première administration du médicament amène un sommeil réparateur. Mais l'agitation reparaît et nécessite bientôt l'administration de nouveaux lavements de chloral. Malgré cet état la femme ne présente aucun autre accident puerpéral et quatre jours après elle est complètement guérie de sa manie.

Bizarre il est vrai, un peu étrange, comme tous les épileptiques, elle peut se lever après huit jours et reprendre ses occupations et ses travaux de couture dans le service.

Tous les détails de cette observation sont intéressants au point de vue où je me suis placé. Permettez-moi cependant de souligner ici d'une façon toute spéciale :

1° L'épilepsie ;

2° Les difficultés du travail et la nécessité de deux applications successives de forceps ;

3° La forme maniaque du délire.

Et maintenant voyons un autre cas de folie observé à la Salpêtrière dans des conditions un peu semblables. Les détails que je possède sur cette malade n'ont malheureusement pas la précision de ceux que je viens de vous exposer.

Obs. IV. — La nommée Gouet (Augustine), vingt-trois ans, entre le 18 février 1879 dans le service. Cette femme offre tous les symptômes extérieurs du rachitisme, courbure des membres, nodosités costales, déviations de la colonne vertébrale, etc. De plus son accouchement a été long et difficile. *L'enfant n'a pas vécu.* Elle ne veut pas se laisser toucher, mais il est bien probable, autant du moins que l'on peut en juger par un simple examen superficiel, qu'elle est affectée d'un rétrécissement du bassin ayant pu rendre l'accouchement très laborieux.

Les désordres intellectuels ne sont survenus que quatre mois après le travail. Ce sont d'abord des conversations incohérentes. Des gendarmes doivent venir la prendre pour la punir d'un crime qu'elle aurait commis, ou bien on veut la tuer, la pendre, etc., etc.; sous l'influence de ces idées, elle se jette par une fenêtre d'un troisième étage, se croyant poursuivie par ses persécuteurs. Fracture du fémur gauche qui nécessite son admission dans un service de chirurgie. Mais les idées délirantes persistant, la malade est transférée chez M. Voisin, à la Salpêtrière. Actuellement elle marche inévitablement vers la démence. La fracture n'a pas laissé de claudication.

Cette observation fait, comme je vous l'ai dit, le pendant de la première. Mais ce serait une grave impropriété d'expression que d'appliquer à la folie observée ici la qualification de puerpérale : la malade n'était pas enceinte, elle ne nourrissait pas et l'accouchement était passé depuis quatre mois, on ne pouvait dire que cette personne fût encore sous l'influence de la puerpéralité. Celle-ci aurait-elle agi comme cause prochaine? Je vous l'avoue, je me défie un peu de ces causes prochaines dont l'action se manifeste à quatre mois de distance; la malade était rachitique; peut-être la conformation de la boîte crânienne laissait-elle à désirer; peut-être avait-elle eu déjà des désordres mentaux.

Dans la première observation, l'accouchement est intervenu à titre de cause déterminante; chez une épileptique, ce cas concorde assez bien avec la dernière variété décrite par Scanzoni.

Je vous ai signalé les conditions similaires des accouchées et des opérées, c'est-à-dire le traumatisme récent; la perte d'une certaine quantité de sang, la résorption des produits septiques. Mais les différences sont aussi frappantes si elles ne le sont pas davantage. Ne parlons point des perturbations qui, dans l'un et l'autre cas, ont précédé l'épisode traumatique, je crois qu'il serait difficile de comparer le développement d'une grossesse régulière à celui d'un kyste ovarique ou d'un fibrome utérin.

Scanzoni a soin de nous dire que l'irritation originelle part de l'utérus; que les péritonites partielles ou générales ne s'accompagnent presque jamais de manie. Chez aucune des opérées dont nous avons mentionné les délires, l'utérus n'avait été touché, tandis que le péritoine l'avait été chez toutes. Les conditions générales qui suivent les gastrotomies ne sont pas comparables à l'état puerpéral. Après l'accouchement, l'équilibre circulatoire s'établit sur de nouvelles bases; les glandes mammaires entrent en activité; la nutrition se modifie profondément : ce sont des facteurs qui peuvent l'un et l'autre avoir leur retentissement sur les centres nerveux.

On connaît la rareté du tétanos puerpéral, on a même

tenté plus d'une fois de démontrer qu'il existe un véritable antagonisme pathogénique entre lui et la manie. Ce n'est nullement le cas pour nos opérations. Sur les deux cent quatre-vingt-dix-neuf faits que nous avons cités, nous en trouvons quatre dans lesquels les malades ont succombé au tétanos. Nous n'avions eu que six fois des accidents psychologiques sous la dépendance exclusive du traumatisme. Ces affections ont donc à peu près la même fréquence et il n'y a pas d'antagonisme entre elles.

Ayant parlé surtout jusqu'ici de la nature des opérations, nous nous sommes peu occupé de la région. On a dit, il y a longtemps, et j'en ai moi-même la preuve, que les traumatismes portant sur le segment inférieur du tube digestif et sur les organes génitaux étaient assez souvent suivis de symptômes délirants; qu'il y avait une sympathie réelle entre les centres psycho-moteurs et ces régions. J'ai insisté ailleurs sur le mauvais état mental des personues qui ont des déchirures anciennes du périnée pour tirer de là une iudication opératoire; j'ai récemment vu un suicide après l'ablation d'une tumeur ancienne du testicule droit. Chose curieuse, l'opéré était un ecclésiastique à convictions sérieuses; il ne semblait guère redouter l'opération, s'était résigné sans peine au sacrifice d'un organe inutile par interdiction canonique et dont la présence constituait désormais un danger. Rien, absolument rien ne faisait redouter l'acte de désespoir qui mit fin à la vie de cet opéré.

Je ne veux donc pas nier l'influence des sympathies; peut-être en existe-t-il entre le cerveau et les organes génitaux internes de la femme; mais elles sont peu nombreuses et rarement mises en action, puisque leurs dégénérescences et les opérations portant sur les seconds retentissent si peu sur les premiers.

Résumons cette longue étude après être revenu momentanément à notre point de départ.

Nous nous sommes demandé si les opérations de gastrotomie pouvaient créer de toutes pièces la folie chez des femmes n'ayant aucune prédisposition héréditaire ou accidentelle. La statistique nous a fait pencher vers la négative. Mais comme

l'attention s'est rarement portée sur ce point, les observations ne sont ni nombreuses ni détaillées, nous avons dû recourir à l'analogie pour combler les lacunes de notre démonstration et nous nous sommes demandé si l'on ne pourrait pas établir un rapprochement légitime entre l'accouchement et le traumatisme chirurgical. Cette fois encore la réponse a été négative. La parturition n'est point comparable à la gastrotomie, parce que les conditions organiques qui ont précédé les uns et les autres sont radicalement différentes; parce qu'indépendamment de processus pathologiques il y a chez la nouvelle accouchée des phénomènes transitoires d'un ordre particulier qui n'ont pas leurs analogues après les traumatismes ; parce que l'antagonisme qui semble exister après la délivrance entre le tétanos et la folie ne se montre point à la suite des gastrotomies. Toute conclusion tirée de l'état puerpéral, et appliquée aux opérations en question serait donc entachée de fausseté originelle, puisqu'elle impliquerait l'assimilation de deux états totalement différents. D'ailleurs la grossesse et l'accouchement sont-ils la cause unique de la folie puerpérale? N'agissent-ils au contraire que lorsqu'il existe une prédisposition antérieure? Ce sont autant de questions pendantes. Il est donc bien inutile d'établir un rapprochement que rien ne justifie puisque nous nous trouverions en présence des mêmes inconnues et que nous ne ferions pas même un pas vers la solution.

Les traumatismes peuvent, chez des individus prédisposés, amener des explosions délirantes, c'est le seul fait positif et connu depuis longtemps. Calmeil, Esquirol, Griesinger, Krafft-Ebbing, Slaes, etc., ont insisté sur lui. Les gastrotomies ne sont ni plus ni moins graves en ce sens que la plupart des autres opérations. Voilà tout ce que nous pouvons dire. Si donc il faut tenir compte dans le pronostic de la possibilité d'une complication prochaine ou tardive du côté des centres nerveux, c'est à la moelle qu'il faut songer d'abord ; s'il n'y a ni antécédents ni prédisposition, il y aura peu de chances de retentissement sur les facultés intellectuelles.

DIXIÈME LEÇON

HÉMATOME DE LA CLOISON NASALE

MODE DE PRODUCTION DE CETTE TUMEUR — SYMPTOMES — DIAGNOSTIC
TRAITEMENT

MESSIEURS,

Je vous présente une jeune fille qui a reçu, il y a un mois, un coup sur le nez; la violence a probablement déterminé une fracture de la portion cartilagineuse de la cloison, car il reste une encoche visible au-dessous des os propres du nez; mais le fait sur lequel je désire appeler votre attention et qui a décidé cette jeune fille à venir nous consulter, c'est l'existence de deux tumeurs ou bosses visibles par les narines sur les côtés de la cloison, qui remplissent et oblitèrent en grande partie la cavité nasale et gênent la respiration.

Nous avons affaire ici, je me hâte de vous le dire, à des bosses sanguines (hématomes), analogues à celles que l'on observe sur le pavillon de l'oreille et que certains auteurs croyaient particulières aux aliénés, bien qu'il soit démontré aujourd'hui que l'othématome résulte d'une cause traumatique; en effet, si on le rencontre si souvent chez les maniaques et les paralytiques, cela tient à ce qu'ils se blessent eux-mêmes bien plus facilement que les autres individus ou à ce qu'ils sont plus exposés à des violences étrangères.

D'ailleurs, les boxeurs offrent assez souvent ce genre de tumeurs et on les remarque aussi sur les statues antiques d'athlètes, de lutteurs et de quelques demi-dieux, surtout célèbres par leur force, tels que Hercule ou Pollux (Trœltsch).

Les conditions anatomiques expliquent le mode de production de ces sortes de kystes sanguins, aussi bien sur la cloison nasale qu'au pavillon de l'oreille.

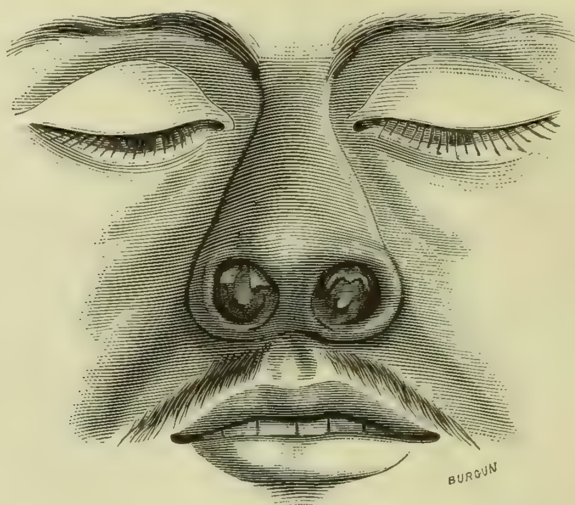


Fig. 43. — Hématôme de la cloison nasale (de notre collection).

Vous savez que le cartilage de la cloison, d'une faible épaisseur, est tapissé sur ses deux faces par une membrane fibro-muqueuse qui le renforce considérablement, car cette portion de la pituitaire offre une résistance et une solidité toutes particulières.

Mais les points sur lesquels nous devons insister ici, ce sont sa faible adhérence qui lui permet de se décoller facilement et sa richesse en vaisseaux artériels et veineux. Les artères émanent de différentes sources, de la maxillaire interne, de l'ophthalmique et de la faciale qui envoie le rameau de la sous-cloison. Les veines sont plus nombreuses encore et, comme on peut le voir sur les préparations déposées par nous au Musée de la Faculté de médecine, leur réseau forme

une sorte de tissu caverneux qui rend parfaitement compte de la fréquence de l'épistaxis et de l'apparition des bosses sanguines sous l'action d'un traumatisme. C'est une disposition anatomique analogue qui explique les hématomes du pavillon de l'oreille et de la région crânienne.

Lorsqu'une violence extérieure, coup, chute, etc., porte sur le nez, il peut se produire, suivant l'intensité du traumatisme, soit une simple ecchymose, soit une bosse sanguine : celle-ci résulte du décollement de la fibro-muqueuse par l'abondance de l'hémorrhagie ou par suite de la brusque torsion de la cloison cartilagineuse. L'hématome est encore la conséquence de fractures du septum nasal. Mais, phénomène plus singulier, c'est qu'on voit souvent ces collections sanguines se développer spontanément ; nous en avons rapporté un exemple dans le tome III, p. 740, de la *Pathologie* de Nélaton ; le D[r] Luc, médecin militaire, en a signalé aussi un cas (1) ; d'après Velpeau, ce genre de tumeurs apparaîtrait le plus souvent ainsi, sans le concours d'aucune cause traumatique, sans violence extérieure (2).

Mais, quand les bosses sanguines succèdent à un traumatisme, on voit rapidement apparaître à peu de distance de l'ouverture des narines une tumeur plus ou moins volumineuse, qui est presque toujours double et siège de chaque côté de la cloison. Le sang épanché a refoulé la fibro-muqueuse et l'a ainsi séparée du cartilage.

D'après Velpeau, c'est Bérard qui aurait signalé pour la première fois vers 1830 ce genre particulier de tumeurs ; il en avait observé alors quatre ou cinq cas. Fleming en a rapporté aussi plusieurs (3). Velpeau dit en avoir vu lui-même une vingtaine d'exemples. Parmi les auteurs qui se sont depuis occupés de cette question, nous citerons : Jarjavay (4), Beaussenat (5) et Casabianca (6).

Malgré cela, on peut dire que les hématomes de la cloison ne sont pas encore assez connus, car il n'est pas rare de

(1) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1875. — (2) *Gaz. des Hôpitaux*, 1860, p. 177. — (3) *Dublin Journal*, 1833, t. IV. — (4) *Bull. de Thérapeutique*, t. LXXII. 1867, p. 539. — (5) Thèse de Paris, 1874. — (6) Thèse de Paris, 1876.

les voir prendre pour autre chose. Ainsi j'ai été appelé récemment en consultation pour un enfant de la ville, qui avait reçu un coup sur le nez un mois auparavant ; or, le médecin traitant, un praticien judicieux et très instruit, croyait qu'il s'agissait d'un polype. Il n'y avait point de déformation, cependant il paraît que l'enfant avait le nez plus busqué avant l'accident; il y aurait donc eu un certain affaissement qui, au lieu de déformer l'organe, l'avait redressé.

Pour éviter les erreurs de diagnostic, il suffit de connaître les caractères de ces bosses sanguines, caractères qui sont presque tous pathognomoniques : 1° Apparition rapide de la tumeur, après un traumatisme, bien que, comme nous l'avons dit, elle puisse aussi se produire spontanément.

2° Cette tumeur est le plus souvent double, occupant chaque côté de la cloison cartilagineuse et faisant quelquefois saillie en dehors des narines ; quand ces bosses siègent plus haut, il est facile de les apercevoir en relevant la pointe du nez ou en dilatant les orifices des narines à l'aide du *speculum nasi*. On voit alors une tumeur lisse, régulière, de couleur rouge plus ou moins foncée, dont la muqueuse se continue directement avec le reste de la pituitaire. Dans les premiers jours qui suivent l'accident, le gonflement douloureux des parties molles environnantes peut gêner l'exploration ; mais, au bout d'un certain temps, on constate facilement la fluctuation et un autre fait caractéristique déjà signalé par Fleming et Jarjavay et sur lequel insiste avec raison Casabianca, je veux dire la communication à peu près constante qui existe entre les deux tumeurs à travers la cloison, de telle sorte que la pression exercée sur l'une d'elles se transmet à l'autre qui augmente de volume, et qu'une incision pratiquée d'un seul côté suffit pour les vider toutes deux. Ce phénomène important ne saurait s'expliquer que par la rupture du cartilage au moment de l'accident ou, dans les cas d'apparition plus tardive de la communication, par la nécrose de cette partie de la cloison détachée de la muqueuse.

Avec de pareilles données, on peut dire que le diagnostic est très facile. En effet, il n'y a que les abcès qui puissent

présenter le caractère de bilatéralité avec communication ; les abcès chauds succèdent assez souvent aux bosses sanguines, mais ce n'est qu'au bout d'un certain temps ; tandis que l'hématome apparaît fréquemment dans l'espace de quelques heures et même quelques minutes après le traumatisme ; de plus, il y a des symptômes inflammatoires et la muqueuse présente une teinte différente. Quant aux abcès froids, dont la plupart sont spontanés ou ossifluents, on pourrait à la rigueur les confondre avec les kystes sanguins développés spontanément.

Nous ne parlerons que pour mémoire des kystes séreux de la cloison, mentionnés par Velpeau (1), car la science n'en a enregistré aucune observation.

Quiconque connaît l'hématome ne le confondra jamais avec les polypes muqueux qui, d'ailleurs, naissent probablement toujours sur la paroi externe des fosses nasales. La fluctuation seule suffit pour différencier l'hématome, même unilatéral, des tumeurs de la cloison. Enfin, il faudrait être bien ignorant pour prendre une déviation ou un épaississement de la cloison pour l'affection que nous étudions en ce moment.

Si ces méprises sont possibles et se commettent quelquefois, c'est, nous le répétons, parce que l'hématocèle de la cloison n'est pas encore assez connue de la majorité des praticiens ; car, une fois l'attention éveillée, les circonstances qui ont présidé à son apparition, la rapidité de son développement, la couleur foncée de la muqueuse, son existence le plus souvent bilatérale et surtout la fluctuation ainsi que la communication qui existe entre les deux bosses ne laissent guère de place à l'erreur.

Ces tumeurs peuvent, comme les hématomes des autres régions, se terminer de différentes manières : quand on les abandonne à elles-mêmes, il est rare qu'elles se résorbent; elles ont au contraire beaucoup de tendance à persister, ce qui s'explique par les conditions anatomiques. J'ai

(1) *Gaz. des Hôp.*, 1860, p. 178.

vu de ces bosses sanguines exister encore six mois après l'accident. Mais le plus souvent elles se transforment en véritables abcès et elles présentent alors tous les caractères de l'inflammation, rougeur, chaleur et douleur. Il y a alors à redouter des conséquences fâcheuses résultant de la dénudation prolongée du cartilage, c'est-à-dire la mortification et la destruction d'une partie de la cloison, avec des désordres plus ou moins graves. D'ailleurs, comme ces tumeurs entraînent une gêne assez notable de la respiration, il y a souvent urgence à intervenir.

Le traitement à suivre est bien simple ; il consiste à fendre ou à ponctionner la tumeur, puis à placer une petite mèche, afin de donner aux parois du foyer le temps de se réappliquer contre la cloison, sans attendre que la muqueuse soit altérée.

Chez notre jeune fille, comme l'accident est de date récente, nous ne sommes pas pressés d'intervenir; la résorption est possible, quoique rare, et nous ne voudrions pas nous exposer à mettre la fracture à nu. Après une temporisation suffisante, nous ferons une ponction sous-cutanée, et nous exercerons une pression méthodique à la surface de la tumeur.

ONZIÈME LEÇON

DES TUMEURS MÉLANIQUES DE LA CONJONCTIVE

Messieurs,

Nous allons extirper aujourd'hui une tumeur de la conjonctive oculo-palpébrale du côté gauche. Elle présente des caractères d'une malignité extrême : enlevée déjà deux fois en totalité par des procédés différents, elle a récidivé sur place ; elle semble même vouloir se propager par les lymphatiques, et un ganglion sterno-mastoïdien superficiel est envahi. Malgré cette marche redoutable, malgré le diagnostic de mélanose que nous avions porté une première fois, et qui a été confirmé par l'examen histologique, je ne crois pas que tout espoir soit perdu. Je vais donc enlever la tumeur et le ganglion malade ; j'espère vous démontrer en discutant notre fait et les cas analogues que, pour la conjonctive au moins, il n'est pas prouvé que la mélanose soit fatalement mortelle.

Obs. V. — Le malade est âgé de 32 ans, il exerce la profession d'homme de peine. C'est un individû vigoureux, de bonne apparence, sans antécédents de cancer et n'ayant jamais éprouvé d'autres maladies que les affections oculaires dont nous allons parler.

En 1871, il eut une conjonctivite suraiguë du côté droit, consécutive à la brûlure de l'angle interne de l'œil par des fragments de charbon enflammés. La maladie guérit assez vite par un traitement local approprié ; mais elle laissa après elle une petite tache noire, indolente, sur la conjonctive du sac lacrymal. Pendant quatre ans, les

choses restèrent dans le même état; il n'y eut point de poussées aiguës, point de sensation de corps étranger dans l'œil. Ce fut au mois de décembre 1875 seulement que le malade commença à ressentir un peu de prurit vers la caroncule; en même temps, il s'aperçut qu'une saillie, une espèce de poireau, suivant son expression, se développait sur l'ancienne tache. S'étant gratté fortement il détermina une première hémorrhagie à la surface de la petite tumeur; une croûte se forma et à sa chute, quinze jours plus tard, survint un nouvel écoulement de sang, puis l'ulcération s'agrandit. Jusqu'alors, il avait considéré le tout comme un accident sans importance, une suite de sa brûlure ancienne et n'avait fait aucun traitement. Inquiété par les hémorrhagies et l'ulcération, il s'adressa à un médecin qui toucha d'abord la surface avec le nitrate d'argent solide, puis voyant que la tumeur grossissait toujours il la lia à la base avec un fil métallique et cautérisa de nouveau énergiquement après sa chute. Ce traitement judicieux ne fut suivi que d'un succès temporaire. Trois mois plus tard deux nouvelles taches d'un rouge foncé se montraient sur la conjonctive oculaire, en même temps que celle de la paupière inférieure correspondante se prenait. C'est à ce moment que nous vîmes pour la première fois le malade.

L'état général était toujours satisfaisant; l'œil gauche présentait les phénomènes suivants : Sur la commissure palpébrale interne, on trouvait une petite saillie mamelonnée dont les lobules s'étendaient un peu plus loin sur la paupière inférieure que sur la supérieure. Ils avaient une teinte rouge vineux; leur surface était grenue, mais non ulcérée; de place en place on voyait des îlots de tissu inodulaire; cette tumeur s'étendait vers la racine du nez dont la séparait un rebord blanchâtre et saillant ressemblant assez au froncement d'une cicatrice exubérante. Du côté de l'œil une autre tumeur, lobulée comme la précédente, et se continuant avec elle s'était développée sur la caroncule lacrymale; elle n'avait pas contracté d'adhérences avec le globe.

Dans une étendue de 2 à 3 millimètres autour d'elle, la conjonctive était épaissie et plus vasculaire qu'ailleurs, elle présentait une tache de couleur sépia qui s'étendait vers la cornée; d'autres de même nature, mais un peu plus pâles, se trouvaient sur la moitié interne du segment inférieur de l'œil. Il n'y avait rien sur la cornée ni sur l'iris, l'acuité visuelle était normale.

Le 27 janvier 1877, nous enlevâmes avec le bistouri et les ciseaux toute la conjonctive bulbaire de la moitié interne du segment inférieur, ainsi que la partie de la paupière malade jusqu'au voisinage de la racine du nez. L'examen microscopique a montré que nous avions affaire à un sarcome mélanique. La cicatrisation de la plaie eut lieu sans accident.

L'opération n'ayant en aucune façon intéressé le globe de l'œil,

l'acuité visuelle resta normale et le malade de retour chez lui put reprendre ses occupations. Dans les premiers jours d'avril il ressentit au niveau de l'extrémité interne de la paupière supérieure des douleurs qu'il compare à des piqûres d'aiguille, puis elles disparurent et une nouvelle tumeur se montra au point où elles siégeaient.

Il rentre à l'hôpital le 7 avril et nous constatons les phénomènes suivants : Ankylo-blepharon cicatriciel des deux paupières; la supérieure ne peut être relevée complètement de sorte qu'on n'aperçoit que la pupille. Pli cutané s'étendant de l'angle interne de l'œil à l'extrémité correspondante du sourcil, ayant pour cause la rétraction cicatricielle.

Vers le milieu de la paupière supérieure on trouve une tumeur bien limitée, arrondie, ayant le volume d'un gros pois ; elle s'étend jusqu'au bord supérieur de la paupière et est distante d'un demi-centimètre de son bord libre. La surface est violacée et noirâtre, par-

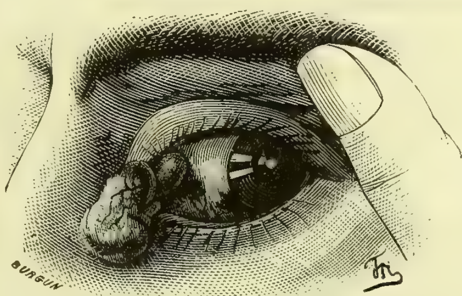


Fig. 44. — Mélanôme de la conjonctive oculaire.

tout ailleurs la coloration est normale ; dilatation des veinules sous-cutanées. La consistance est solide, fibreuse. La tumeur semble mobile sous la peau, mais elle adhère aux tissus profonds. Lorsqu'on soulève la paupière supérieure, on aperçoit immédiatement au-dessus du bord libre une petite production végétante recouverte de détritus grisâtres (fig. 44). En l'essuyant légèrement on voit qu'elle est formée par deux masses accolées représentant assez bien des grains de chènevis et parfaitement isolées des parties voisines; leur coloration est plus foncée qu'à l'extérieur. La conjonctive du voisinage est rouge et très vasculaire, mais elle ne présente ni taches ni saillies. Au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure et près du bord antérieur du sterno-mastoïdien, un ganglion est envahi.

Le 21 avril, extirpation de la tumeur et du ganglion malade. Au niveau de son hile on remarque trois saillies du volume d'une lentille, et disposées en triangle : leur coloration et leur consistance sont les mêmes que celles de la tumeur palpébrale. Aucune réaction fébrile

Le malade sort guéri le 29 avril 1867.

Le diagnostic histologique de la tumeur palpébrale et du ganglion a été le même que la première fois.

Cette observation a d'autant plus d'intérêt que les cas semblables sont rares. Cinq ou six sont bien connus ; nous allons nous arrêter un instant sur quelques particularités relatives à l'étiologie, aux symptômes et à la marche.

Les tumeurs sarcomateuses ou épithéliales à dégénérescence mélanique de la muqueuse oculo-palpébrale ont été observées un peu à tous les âges : cependant la plupart des cas publiés se rapportent à des personnes ayant dépassé la cinquantaine ; un malade observé par Wecker avait 70 ans (1), Horner a publié un cas relatif à une femme de 64 ans ; Seitz a vu un mélanosarcome conjonctival chez un homme de 53. En revanche une observation d'Estlander est relative à une femme de 34 ans (2). Ce fait rentre dans la même catégorie que le nôtre : tous deux démontrent que les tumeurs en question peuvent se développer à un âge relativement peu avancé.

En aucun cas on n'a signalé l'influence de l'hérédité ; dans notre observation, un accident antérieur a paru agir comme cause prédisposante : une brûlure de la conjonctive est suivie d'une inflammation suraiguë de cette membrane ; tout guérit en laissant à sa suite une petite tache noire vers l'angle interne de l'œil ; cinq ans plus tard, une tumeur mélanique se développe précisément au point où elle siège. Je ne veux pas dire que la brûlure ait été la cause immédiate de la tumeur; mais il est également impossible d'affirmer qu'il n'existât aucune relation entre les deux ; les dégénérescences embryonnaires ou épithéliales de reliquats inflammatoires ne sont nullement rares. Plusieurs années avant sa mélanose, un malade de Münster avait des conjonctivites aiguës très rebelles. Cet auteur s'est demandé s'il s'agissait de phlegmasies secondaires développées autour d'un noyau cancéreux déjà formé, ou si au contraire les produits

(1) *Traité des maladies des yeux*, 2e édit., t. I, p. 198. — (2) *Finska läkaresällskapets Handl.* Bd. 13, p. 256.

inflammatoires n'avaient pas subi la dégénérescence mélanique à la suite de récidives multiples (1).

« Dans beaucoup de cas, dit Saemisch, l'origine des sarcomes de la conjonctive est une petite plaie (2). » Ainsi, Messieurs, je crois qu'il serait téméraire de n'accorder aucune importance à l'accident de 1871.

Nous avons insisté sur le mode de début et les symptômes de la maladie. Il y a eu d'abord des accidents inflammatoires moins intenses que dans le cas de Münster, puis la saillie s'est accusée vers le lac lacrymal. Dès le commencement on a pu constater une tendance manifeste à un développement excentrique ; au lieu de menacer directement la cornée, elle a gagné la commissure palpébrale d'abord, puis la paupière inférieure; il y a eu des lésions périphériques et superficielles plutôt que des désordres oculaires proprement dits. Chez le malade de Wecker, la marche était absolument inverse : au début, la tumeur siège près de l'insertion du droit interne ; on la détruit par abrasion; elle récidive au bout de six mois en se rapprochant de la cornée. Dans le cas d'Estlander, les choses se sont passées à peu près de la même manière : la première saillie se montre en dedans et en bas sur la limite kérato-conjonctivale ; la récidive se fait au même niveau, mais du côté opposé de la cornée.

Il n'y a guère que Seitz qui ait constaté une extension semblable à celle que nous avons enregistrée. La tumeur existait au début à l'angle interne de l'œil, adhérait à la paupière supérieure et obstruait le point lacrymal; on l'enleva trois fois et trois fois elle reparut, envahissant toujours de plus en plus les paupières, mais n'empiétant pas sur le globe.

Dans presque tous les cas, les symptômes objectifs ont été les mêmes : on a remarqué que les tumeurs présentaient une coloration pigmentée plus ou moins intense; quelques-unes étaient pédiculées ; d'autres adhéraient soit au globe de l'œil, soit aux paupières par une large base. Nous avons eu au dé-

(1) *Casuistische Beiträge zur Kenntniss der præcorneales und conjunctivales melanotischer Neubildunger*. Halle, 1872, p. 11. — (2) *Handb, d. gesammt. Augenheilk*, t. 2, p. 153.

but une tendance hémorrhagique prononcée, la même chose a été constatée par Horner (1). La marche de la maladie présente des variations qui semblent se rattacher à trois types principaux, du moins autant qu'on peut en juger avec le petit nombre des observations actuelles. Elle est : 1° lente ; 2° rapide ; 3° lente d'abord et rapide vers la fin. Wecker observa son malade pendant quatre ans après avoir enlevé la première tumeur ; il assista au début de la récidive, mais celle-ci fut si tardive et marcha si peu vite qu'il ne crut pas devoir intervenir une seconde fois. Dans le cas observé par Estlander, la mélanose ne reparut que quatre ans après la première ablation.

Le processus a été beaucoup plus rapide dans notre observation. Quelques mois après la première ligature, la tumeur avait repris son volume et la dégénérescence s'était étendue aux deux paupières ; nous l'enlevons au mois de février ; le malade rentre au mois d'avril. La partie de la paupière supérieure qui semblait saine lors de l'opération, a été prise à son tour et, ce qui est plus grave, la maladie s'est propagée par les lymphatiques. On ne saurait dire qu'il y eût eu dans le cas actuel récidive proprement dite. Au moment de notre opération il existait probablement une infiltration des tissus palpébraux ; la dégénérescence avait continué et s'était étendue : voilà tout.

Dans un fait rapporté par Baumgarten, la marche très lente d'abord, devint plus tard extrêmement rapide (2).

Quelles conclusions pratiques pouvons-nous tirer de la revue que nous venons de faire ? Peu de chose au point de vue du diagnostic qui ne présente pas de grandes difficultés. Lorsqu'il n'existe que de la conjonctivite ou une petite tumeur sans coloration spéciale, il est impossible de le faire par anticipation ; quand, au contraire, les teintes noires se montrent, il n'y a pas à douter, c'est le cachet authentique de la mélanose.

Pour le pronostic et le traitement c'est tout autre chose.

(1) *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1871, p. 4. — (2) *Archiv. d. Heilk.*, XVI, p. 270-275.

Les tumeurs en question ne menacent guère le globe de l'œil, elles n'entravent pas ses fonctions. Chez les malades de Horner, de Wecker, de Münster, de Talko, chez le nôtre, l'acuité visuelle était normale. Au point de vue des accidents immédiats le pronostic est donc relativement favorable; malheureusement la maladie présente dans un autre sens une terrible gravité. Je n'ai pas besoin de vous rappeler ce que je vous ai dit tant de fois au sujet des tumeurs à dégénérescence mélanique : elles sont toujours plus dangereuses que celles qui présentent le type ordinaire de la variété à laquelle elles se rattachent.

Les faits relatifs à la conjonctive semblaient jusqu'ici faire une exception à cette règle.

Vous avez vu combien Wecker insiste sur la lenteur du processus. Seitz, il est vrai, a signalé la tendance aux récidives et réservé son pronostic. Notre cas est plus catégorique encore ; il démontre d'une manière indiscutable qu'un sarcome mélanique ayant pour point de départ la muqueuse oculo-palpébrale peut parfaitement s'étendre en dehors du globe de l'œil, détruire les téguments des paupières et de la face, gagner les ganglions et en fin de compte devenir l'origine d'une infection générale.

Quelle conduite devons-nous tenir en présence de productions de cette nature? Faut-il laisser les choses suivre leur cours et se dispenser d'intervenir dans la crainte d'accélérer la marche? Les faits publiés jusqu'à ce jour ne justifient point cette attitude trop résignée. Plusieurs fois des mélanosarcomes conjonctivaux ont été guéris définitivement par l'ablation, même après récidive. Chez notre malade la tumeur avait une tendance envahissante marquée; raison de plus pour tenter de l'arrêter. Un seul ganglion est pris, peut-être est-il possible encore de s'opposer à la propagation; nous l'avons enlevé et le malade a guéri, c'est là un fait encourageant. Dans tous les cas, ceci vous indique assez qu'il ne faut jamais temporiser en pareille circonstance; dès que vous reconnaîtrez une tumeur mélanique de la conjonctive, ne vous bornez pas à un traitement palliatif, à des collyres, à



des cautérisations superficielles, vous n'aboutiriez à rien ; enlevez de bonne heure et largement ; ne craignez pas de sacrifier un lambeau de muqueuse assez étendu : c'est le meilleur moyen d'aller au delà de la dégénérescence et de vous mettre à l'abri des récidives.

DOUZIÈME LEÇON

DE CERTAINES DÉFORMATIONS CONSÉCUTIVES

AUX TRAUMATISMES DU MEMBRE INFÉRIEUR ET DE LEURS CONSÉQUENCES.

Messieurs,

Ce serait presque une banalité de vous rappeler les progrès faits depuis trente ans par la chirurgie conservatrice. La découverte de nouveaux procédés, celle des méthodes de pansement plus simples et plus sûres ont restreint pas à pas le domaine des amputations; nous temporisons et bien souvent nous réussissons à conserver un membre dans des cas où nos devanciers n'eussent pas hésité à le sacrifier. Chaque conquête faite dans ce sens a marqué un progrès, la chose n'est pas douteuse; malheureusement la médaille a son revers. Les membres ou portions de membres conservés ne sont pas toujours utiles : cette inutilité constituerait évidemment une contre-indication à la chirurgie conservatrice, s'il était possible de la prévoir au moment de l'accident.

Aujourd'hui, Messieurs, nous ne nous occuperons point des suites immédiates des traumatismes du membre inférieur, mais de complications tardives, de difformités telles que la station et la marche ne peuvent s'exécuter sans que des accidents graves se produisent; d'infirmités véritables en un mot, mettant les malades dans l'impossibilité d'exercer

certaines professions. C'est précisément lorsque le chirurgien est en présence de tels faits qu'il se trouve dans la nécessité de choisir entre la temporisation et l'intervention active; autrement dit entre les méthodes de conservation et les procédés plus radicaux. Il est d'autant plus difficile de prendre une décision que chaque méthode a des avantages. Le plus souvent les accidents auxquels j'ai fait allusion guérissent sans difficulté : le repos, un traitement local très simple ont raison de tout; malheureusement ce n'est là qu'un expédient. Nous allons revoir ensemble un certain nombre de faits empruntés à notre pratique et j'espère vous démontrer avec leur aide que, dans bien des cas, il ne faut pas pousser à l'extrême le respect de la conservation.

Voyons les observations.

Obs. VI. — *Fracture ancienne des deux malléoles du côté droit. Ulcérations mécaniques du bord externe du pied et des quatrième et cinquième orteils. Ablation de ces orteils. Résection du cuboïde. Reproduction des ulcérations. Amputation intra-astragalienne.* — Passemez (Désiré), trente-six ans, serrurier, entre le 14 mai 1877, salle Saint-Augustin, 2. Il y a dix ans, il eut la partie inférieure de la jambe droite prise sous un essieu, par suite une fracture des deux malléoles. Le pied subit une déformation se rapprochant du pied-bot-varus et un peu équin; le malade ne marchant plus que sur son bord externe les papilles de cette région s'hypertrophièrent et s'enflammèrent; bientôt tout ce bord devint le siège d'une vaste ulcération. L'inflammation se propagea au tissu cellulaire sous-cutané et gagna une bourse séreuse qui s'était développée au nivuea de la tête des quatrième et cinquième métatarsiens; la suppuration s'établit et l'affection gagna les os eux mêmes. Lorsque le malade vint nous voir, la carie avait envahi les deux derniers métatarsiens, et le 16 mars 1876, nous fîmes l'ablation de deux orteils malades ainsi que la résection partielle du cuboïde (1). Le malade sortit guéri deux mois et demi après l'opération. Nous lui avions recommandé de porter un appareil orthopédique pour ramener et maintenir le pied dans une position meilleure, mais il ne put se procurer cet appareil et des accidents analogues reparurent. Par suite de la marche continuelle sur le bord externe du pied, une bourse séreuse se développa au niveau de l'articulation de la première phalange avec la seconde; cette bourse sréeuse s'enflamma et finit par suppurer.

(1) Voir *Cliniques de Saint-Louis*, t. II, p. 690.

23 *avril* 1877. Fièvre et frisson; ouverture d'un abcès au niveau de la bourse séreuse. Le malade garde le lit pendant quelques jours et reprend ensuite ses travaux ; mais par suite de la fatigue et du frottement de la chaussure, l'abcès, qui s'était fermé, s'ouvre de nouveau en donnant du sang et du pus. Une ulcération s'établit et mit bientôt à nu les os : c'est alors que le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A ce moment l'ulcération, du diamètre d'une pièce d'un franc, occupe en partie la face dorsale et le bord externe des première et deuxième phalanges du troisième orteil; au centre, on aperçoit les extrémités articulaires de ces deux os, l'articulation est ouverte et contient du pus. Les bords de l'ulcération sont d'une teinte rouge violacé, et décollés sur une étendue d'un millimètre. Les papilles de la peau qui recouvre le bord externe et la partie correspondante de la face dorsale du tarse et du métatarse sont hypertrophiées, séparées les unes des autres par des sillons anfractueux, érodées par place et laissent suinter un liquide séro-sanguin. La sensibilité est extrême à la pression, le malade ne peut poser le pied sur le sol sans pousser un cri de douleur; la marche et le travail sont devenus impossibles ; aussi demande-t-il à être débarrassé de son pied.

19 *mai*. L'ischémie artificielle étant faite au moyen de la bande d'Esmarch et l'anesthésie obtenue, nous nous disposons à faire l'amputation sous-astragalienne ; mais l'opération ne peut s'exécuter dans les conditions ordinaires : les rapports des surfaces articulaires ne sont plus les mêmes qu'à l'état normal, le calcanéum est luxé en dedans sur l'astragale ; cet os lui-même a subi une déviation en sens inverse, ce qui complique le manuel opératoire. Nous aurons soin, comme dans toutes les opérations de ce genre, de tailler un lambeau très long, afin de prévenir le sphacèle.

Le couteau divise les parties molles jusqu'aux os ; en commençant au-dessous et en arrière de la malléole externe ; il passe à un centimètre au-dessous d'elle, contourne le dos du pied à quatre centimètres au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne, se dirige vers la plante en passant à trois travers de doigt au-dessous de la malléole interne et traverse la plante du pied en décrivant une incision oblique et elliptique qui revient en dehors au point de départ. Ceci fait, nous pénétrons dans l'articulation astragalienne et nous enlevons le calcanéum suivant la règle ordinaire. Le déplacement des surfaces rend l'opération assez difficile. L'astragale reste en place, mais elle a subi un mouvement de luxation, par rotation en dehors, qui rend la tête trop saillante sous le lambeau. Nous réséquons cet os au niveau du col, de telle sorte que notre amputation se trouve être à la fois intra et sous-astragalienne. Chez plusieurs malades à

qui nous avons pratiqué cette résection il nous est arrivé de faire la section intra-astragalienne, avant la résection du calcanéum. Ici, d'ailleurs, la tête de l'astragale eût été fort gênante ; il est surtout important de conserver le corps, afin d'augmenter la hauteur du membre inférieur dans la station verticale et d'empêcher la saillie des malléoles.

L'opération terminée et avant d'enlever la bande d'Esmarch, nous appliquons cinq pinces hémostatiques sur les principaux vaisseaux divisés. Les lèvres des lambeaux sont réunies au moyen de six points de suture : une ouverture suffisante est ménagée à la partie déclive pour permettre l'introduction de mèches de charpie munies d'un drain et l'écoulement du pus. Pansement alcoolisé.

19 *mai*. T. S. = 37°, 6 ; P. = 96. On enlève les pinces hémostatiques.

20. T. M. = 38°, 4 ; P. = 100. — T. S. = 38°, 6 ; P. = 104. Même pansement ; peu d'appétit. Le malade prend un bouillon.

21. T. M. = 38°, 2 ; P. = 100. — T. S. = 38°, 6 ; P. = 104. Teinte de sphacèle sur le bord du lambeau plantaire. Même pansement.

22. T. M. = 38° ; P = 98. — T. S. = 38°, 4 ; P. = 102. Escharre transversale de un centimètre de large sur cinq de long. On enlève les points de suture que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées.

23. T. M. = 37°, 8. — T. S = 38°, 2 ; P. = 98. Chute de l'escharre.

24. T. M. = 37°, 2. — T. S. = 37°, 6. — On place de nouvelles bandelettes afin de rapprocher les lèvres de la plaie.

État satisfaisant pendant cinq jours.

29. Il se forme un abcès à l'angle externe du lambeau. Passage d'un tube à drainage.

5 *juin*. Abcès à l'angle interne du lambeau ; passage d'un drain. Suppuration fétide très abondante.

14. On enlève avec les pinces une petite esquille osseuse qui fait saillie à la surface de la plaie.

16. Frisson. T. = 39. — P. = 100. Apparition d'un abcès à la face antéro-externe du moignon.

18. Vaste plaie bourgeonnante par suite d'un travail ulcératif au pourtour des abcès ; cautérisation au nitrate d'argent.

21. La plaie a très bel aspect. Le talon ayant de la tendance à se porter en dedans, on le redresse au moyen d'un coussin d'ouate imperméable, maintenu par des bandelettes de diachylon. La suppuration diminue ; le malade reprend des forces et mange avec appétit. Sort guéri le 27 juin.

Obs. VII. — *Pied-bot-varus équin traumatique ; ulcération dorsale du pied et des orteils de cause mécanique.* — Meurisse (Armand), ouvrier en coffres, cinquante ans, entre le 13 juin 1877, salle Sainte-

Marthe, 33. Est déjà venu dans le service le 24 avril 1874 (1) pour une ulcération plantaire et en est sorti guéri le 16 mai.

Il reçut en 1848, aux journées de juin, une balle qui pénétra par la partie externe de la cuisse droite, à quelques centimètres au-dessous du grand trochanter, fit une fracture comminutive du fémur et donna lieu à des abcès multiples avec sortie de séquestres pour lesquels il fut soigné pendant quatorze mois à Saint-Louis dans le service de M. Gosselin ; il en résulta une difformité de la cuisse qui est aplatie transversalement.

A son entrée, les téguments présentent de nombreuses cicatrices déprimées et adhérant aux parties profondes ; la peau est peu mobile sur le côté externe du membre. Au-dessous du grand trochanter, on constate une déformation du fémur et des dépressions osseuses. Le membre est porté dans la rotation en dehors ; la face

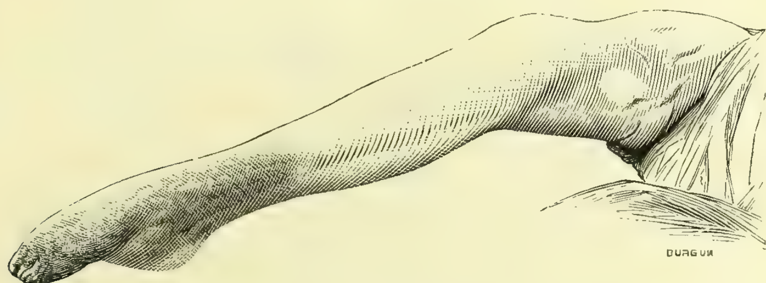


Fig. 45. — Pied-bot-varus équin. Fracture ancienne d'origine traumatique.

postérieure est devenue interne. La jambe ayant été placée dans un appareil extenseur pendant plus d'un an, il s'est fait une ankylose complète du genou suivie de paralysie des extenseurs du pied et de la formation d'un pied-bot-varus équin (voy. fig. 45).

Mesuré de l'épine iliaque antérieure et supérieure au sommet de la malléole interne, le membre a subi un raccourcissement de 12 centimètres ; la jambe est considérablement atrophiée et sa circonférence au mollet mesure 8 centimètres de moins que celle du côté opposé, au même niveau. On apprécie facilement à la main l'abaissement de la température de ce membre, abaissement dont le malade a conscience. La sensibilité est conservée ; pas de varices superficielles.

La peau qui recouvre le tiers inférieur de la jambe est tendue, brillante, légèrement violacée, principalement sur sa face externe.

Le talon est porté en dedans et en haut, le bord interne du pied est relevé et l'extrémité antérieure est rejetée en dedans. Le pied est

(1) Voyez *Cliniques de Saint-Louis*, t. I, p. 613, obs. DLXX

dans la flexion complète et l'extrémité antérieure des orteils regarde la face plantaire, de sorte que la voûte est exagérée. Par suite de la flexion et de la forme en griffe des orteils, ceux-ci sont pressés fortement les uns contre les autres; ils se sont même soudés en partie par suite d'ulcérations répétées de leurs faces dorso-latérales. Le gros orteil est dans l'abduction forcée et passe sous le second; les téguments de tous les deux sont remplacés par un tissu inodulaire recouvert de croûtes calciformes. Sur la face plantaire les orteils représentent très bien un triangle au sommet duquel se trouve le deuxième orteil, son bord interne étant formé par le premier et son bord externe par les trois derniers.

Le malade marche avec des béquilles, mais son état l'oblige à se tenir constamment debout, et pour se maintenir en équilibre, il s'appuie sur l'extrémité des orteils qui finissent par s'ulcérer. C'est la cinquième fois que ces accidents se reproduisent.

Sur la face externe de la jambe on voit une ulcération longitudinale de onze centimètres de hauteur sur quatre de largeur; elle est constamment humectée par un liquide sérosanieux qui en suinte et a un aspect décoloré. Le pied et la partie inférieure de la jambe sont notablement œdématiés; l'état général est très bon.

Il n'y aurait d'autres ressources que l'amputation de la jambe pour obtenir une guérison véritable, mais le malade la refuse. Cataplasmes, repos au lit, occlusion de la plaie au moyen de bandelettes de diachylon et cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent.

20 *juin*. La suppuration a diminué et la cicatrisation s'opère régulièrement.

29. Elle est à peu près complète.

3 *juillet*. Le malade quitte le service; quelques croûtes recouvrent encore la plaie qui s'est fermée.

Obs. VIII. — *Pied-bot-varus équin de cause traumatique; ulcérations répétées de l'extrémité du pied.* — Ruppé (Charles), journalier, vingt-cinq ans, entre le 24 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 31.

Le 15 janvier 1871, ce malade reçut une balle qui pénétra à la face externe de la jambe gauche, à quatre travers de doigt au-dessous de la tête du péroné, fractura cet os, passa derrière le tibia et sortit, à la même hauteur, par la face interne. Il ne tarda pas à se former plusieurs abcès, l'un au-dessus de l'articulation du genou à cinq centimètres au-dessus de la tubérosité interne du fémur; un autre au-dessous de la plaie interne, et un troisième au-dessous de la plaie externe. Le premier s'ouvrit spontanément; le second, siégeant à la partie postérieure et moyenne de la jambe, fut ouvert avec le bistouri; enfin le troisième suppura pendant fort longtemps et donna issue à des portions nécrosées du péroné. En même temps, par

suite des troubles notables de nutrition, la peau au niveau de la face interne du tibia s'ulcéra et fournit une suppuration abondante. Toutes ces ouvertures se cicatrisèrent cependant assez rapidement dans le courant de l'année 1871, excepté la plaie d'entrée de la balle, et le malade, qui n'éprouvait aucune gêne dans la marche, rejoignit son régiment. Bientôt la plaie externe, qui laissait écouler un pus fétide et de mauvais aspect, l'obligea à rentrer à l'hôpital, où un séton fut passé dans le trajet fistuleux, et le membre placé dans une gouttière. Trois mois après, en mars 1872, le malade commença à marcher, mais il remarqua que l'articulation tibio-tarsienne était ankylosée et qu'il ne pouvait s'appuyer que sur la pointe du pied.

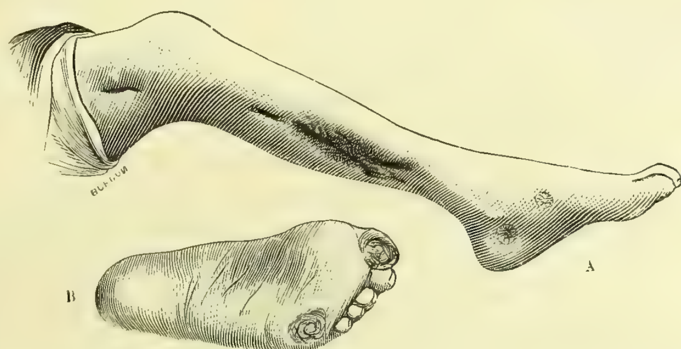


Fig. 46. — Déformation du membre inférieur à la suite d'une ancienne fracture. Ulcérations mécaniques du pied.

A cette époque, en s'approchant trop près d'un poêle chauffé au rouge, il se brûla profondément la face plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Néanmoins, la plaie de la jambe étant cicatrisée après la sortie d'une dernière esquille, le malade quitta l'hôpital et continua de marcher sur le bout du pied, s'appuyant principalement sur la région restée ulcérée après la brûlure. L'ulcération large de 3 centimètres, nécessita bientôt le repos au lit, et finit par se cicatriser au moyen de quelques pansements simples.

Le malade allait à ses occupations, et n'éprouvait que peu de gêne dans la marche, lorsque, à la fin du mois de mars 1876, des douleurs lancinantes se firent sentir à la face plantaire, au niveau de la première et de la cinquième articulation métatarso-phalangiennes, la peau s'enflamma à ce niveau, et la suppuration s'établit. Le malade resta ainsi pendant un an et se décida à entrer dans notre service à la fin du mois de mars dernier ; il en sortait sept semaines après,

parfaitement guéri, mais portant toujours la même déviation du pied. La marche sur les points plantaires à peine cicatrisés détermina l'ulcération du gros orteil et c'est ce qui l'amène de nouveau à l'hôpital.

A ce moment il est dans l'état suivant : les deux membres, placés horizontalement et parallèlement, présentent exactement la même longueur ; la circonférence du membre malade diffère notablement de celle du côté sain ; la cuisse gauche mesure une légère diminution vers sa région moyenne, et c'est surtout à partir de ce niveau que l'atrophie musculaire est sensible. Au mollet, la largeur du membre est réduite à celle du tibia (voy. fig. 46, A). La peau présente plusieurs dépressions cicatricielles ; l'une, très profonde, de 2 centimètres de longueur, est située à la face interne de la cuisse au-dessus de la tubérosité interne ; une seconde se rencontre au-dessous de l'articulation du genou ; elle est peu déprimée, circulaire et du diamètre d'une pièce de un franc ; mais au-dessous de celle-ci, s'étend une cicatrice de 12 centimètres de longueur sur 2 et 3 de largeur, située à la face interne et à la partie moyenne de la jambe. La peau qui la recouvre est amincie, violacée, luisante, adhérente à la face interne du tibia. La jambe présente encore en arrière une dépression très régulière, longue de 5 centimètres et qui provient de la cicatrisation d'une plaie faite avec le bistouri, et en dehors deux points déprimés par le tissu cicatriciel ; l'un, le supérieur, est celui où la balle avait pénétré ; l'autre, inférieur, a donné issue à des esquilles du péroné.

La peau du pied, plus foncée que du côté sain, offre de larges plaques de pigmentation. L'ongle du gros orteil est atrophié, déformé : il y a un abaissement de la température du côté malade ; deux thermomètres placés à la face externe des deux jambes et à la même hauteur donnent : à gauche 35°,5, à droite 33°.

La sensibilité, conservée en général à la jambe, est diminuée légèrement à sa partie inférieure ; elle est conservée à la face dorsale du pied, de même à la face dorsale des 2e, 3e et 4e orteils ; abolie à la face dorsale du 1er et du 5e, ainsi que sur le tiers antérieur de la face plantaire, où le chatouillement ne produit aucun effet réflexe.

Déformation du pied. — L'articulation tibio-tarsienne est complètement immobilisée ; il en est de même de toutes les articulations tarsiennes, tarso-métatarsiennes, métatarso-phalangiennes et phalangiennes. Le tendon d'Achille est fortement rétracté et a porté le talon en haut et en arrière ; le muscle jambier antérieur se contracte facilement sous la peau et n'est nullement rétracté, mais la paralysie des péroniers et des extenseurs des orteils fait que le jambier antérieur a porté le pied en dedans.

Deux ulcérations, profondes, suppurantes, à bords réguliers, à la

face plantaire du gros orteil et au niveau de la 5e articulation métatarso-phalangienne. Pansements simples, cicatrisation rapide.

Obs. IX.— *Pied-bot-valgus traumatique; ulcérations consécutives. Chevauchement des orteils.* — Desmarets (Pierre-Joseph), soixante-trois ans, batteur d'étain, entre le 23 août 1876, salle Sainte-Marthe, 35. Il était à son travail, dans la position verticale, lorsque une chaîne de forte dimension s'enroula autour de sa jambe droite, et glissa dans toute la longueur de la face postérieure depuis le mollet jusqu'au talon. La peau et le tissu cellulaire sous-cutanés furent arrachés et il en résulta une large perte de substance. Cette plaie présentait une hauteur de vingt-quatre centimètres et comprenait toute la circonférence au-dessus des malléoles. Le membre fut mis dans une gouttière et maintenu dans la position horizontale ; on pansa la plaie avec de l'eau alcoolisée. Mais dans cette position longtemps prolongée, il y eut relâchement des muscles antéro-externes de la jambe, de sorte que nous trouvons aujourd'hui les altérations suivantes : le pied est porté en haut et en dehors et il est maintenu dans cette position par suite de l'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne. L'articulation du genou est elle-même immobilisée ; la rotule ne peut être déplacée, ni latéralement, ni de haut en bas. Les muscles de la jambe sont rétractés d'une façon permanente et offrent à la pression une résistance invariable ; à la cuisse, le tissu musculaire est moins résistant, bien qu'il soit moins élastique que du côté sain. A la jambe et au pied, les téguments sont extrêmement minces, très vascularisés ; par places, on voit un pointillé vasculaire rouge, qui ne disparaît pas à la pression ; il est sous-épidermique et disposé en plaques.

La déviation en dehors porte surtout sur le gros orteil, en sorte que celui-ci recouvre le troisième par son extrémité. La ténuité de la peau est telle dans cette région que, le malade ayant tenté de marcher avec sa difformité, le frottement du chausson a suffi pour ulcérer les téguments au niveau de l'angle formé par la tête du métatarsien et l'extrémité postérieure de la première phalange du gros orteil rejeté en dehors.

Obs. X. — *Ancienne fracture sus-malléolaire mal consolidée. Pied-bot-valgus consécutif; amputation des trois derniers orteils.* — Faipeur (Joseph), cinquante ans, marchand ambulant, entre le 17 novembre 1876, salle Saint-Augustin, 10.

Alcoolique, d'apparence scrofuleuse, jamais d'accidents vénériens. En 1860, fracture sus-malléolaire du péroné gauche avec arrachement de la malléole interne ; consolidation vicieuse. En 1864, rhumatisme articulaire aigu ayant envahi les mains et les pieds ; rien au cœur. Par les temps humides, douleurs rhumatoïdes ; il y a quatre ans et demi, fracture de la rotule droite.

Le malade, par sa profession, est obligé de marcher beaucoup ;

pendant l'hiver les extrémités inférieures se refroidissent à tel point que la marche devient impossible. Il y a six ans, l'affection qui amène aujourd'hui le malade à l'hôpital, c'est-à-dire le déplacement des orteils en dehors avec tendance à la *flexion persistante* des phalangettes vers la plante du pied, a commencé par le petit orteil droit; elle atteignit ensuite le troisième orteil du pied gauche. Le malade marchait sur les ongles au lieu de marcher sur la pulpe et il lui était impossible de mettre des chaussures de cuir. Il entra à Saint-Louis en janvier 1876 et subit l'ablation des deux orteils. La cicatrisation s'effectua rapidement et sans complication au pied gauche. A droite, il se forma un phlegmon étendu qui nécessita des incisions multiples et se termina par la guérison. Depuis cette opé-

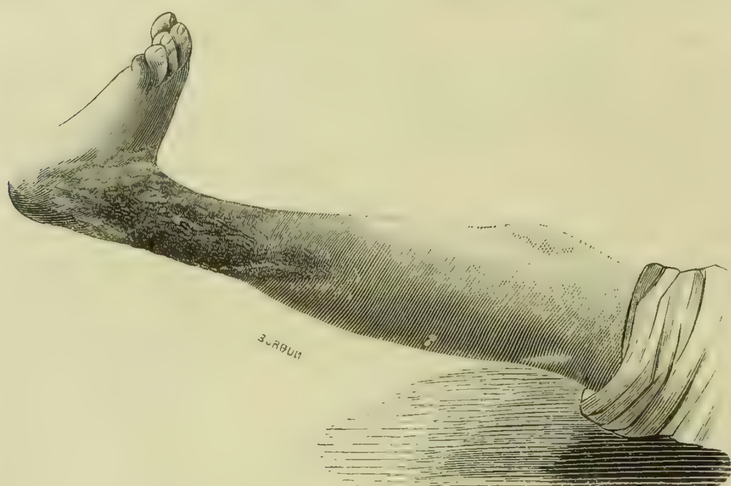


Fig. 47. — Pied-bot-valgus d'origine traumatique.

ration, des accidents analogues se sont produits graduellement du côté des autres orteils.

17 *novembre* 1876. Déformation du cou-de-pied gauche semblable à celle qui a été signalée par Dupuytren à la suite des fractures du péroné, c'est-à-dire abduction persistante; léger valgus pied-plat; saillie considérable des malléoles; peu de déplacement des surfaces articulaires; déplacement de l'astragale en dehors du tibia. Le poids du corps porte entièrement sur le *bord interne* du pied dans la station verticale. Le malade ne sait à quelle époque eut lieu cette déviation; elle fut probablement consécutive à la fracture des malléoles (1860).

Le gros orteil forme avec le premier métatarsien un angle d'environ 96 degrés, ouvert en dehors et en bas; la lésion est symétrique

pour les deux pieds. La peau est amincie, tendue, luisante, au niveau des saillies des articulations métatarso-phalangiennes des gros orteils. Les autres orteils des deux pieds sont dans la flexion et l'abduction forcées ; mais ces déviations sont beaucoup plus accusées à gauche. De ce côté le petit orteil chevauche sur le quatrième et sa face dorsale est le siège d'un durillon. Le quatrième orteil est fléchi sous la plante du pied en forme de griffe ; le malade marche sur les ongles. Pas de craquements articulaires, pas de saillies osseuses de nouvelle formation. Aucune douleur spontanée ou provoquée par la pression ; contracture fréquente des muscles suraux, soubresauts nocturnes des tendons qui réveillent le malade. Les mouvements des phalanges sont abolis et la marche est rendue impossible par la position vicieuse des quatrième et cinquième orteils gauches.

16 *décembre* 1876. Chloroforme, compression préventive avec la bande d'Esmarch. Ablation du cinquième orteil et du quatrième métatarsien avec son orteil. On a soin de tailler le lambeau externe un peu plus long que l'interne, afin que la cicatrice se trouve dans l'espace interdigital et n'ait pas à subir le frottement de la chaussure. Réunion des lèvres de la plaie par quatre points de suture ; trois pinces hémostatiques sont laissées sur les vaisseaux pendant vingt-quatre heures. Pansement alcoolisé. La cicatrisation s'effectue rapidement et le malade quitte le service en janvier 1877. La marche est plus facile et moins fatigante qu'avant l'opération.

7 *mars* 1877. Le malade revient nous trouver parce que, le second orteil gauche s'étant infléchi en griffe vers la plante du pied, il lui est de nouveau impossible de marcher. Ablation de cet orteil le 10 mars ; guérison rapide. Part pour Vincennes le 6 avril 1877.

Enfin le 7 juin, nous le revoyons ; il marche assez bien pour faire son travail, mais il est survenu un peu d'œdème péri et sus-malléolaire du côté gauche. Repos. Bains. Compression ouatée. Il sort guéri le 23 juin 1877.

Je ne reviendrai point ici, Messieurs, sur les détails intéressants que renferment ces observations relativement à l'étiologie de certaines variétés d'ulcérations plantaires, car j'ai discuté longuement cette question dans une de nos leçons antérieures. Nous allons nous borner à tirer de leur analyse quelques indications thérapeutiques applicables aux cas analogues.

Tous les individus dont les observations ont été rapportées ici sont entrés à l'hôpital pour des ulcérations rebelles, se

reproduisant sous l'influence d'une cause légère et leur rendant périodiquement la marche et la station verticale impossibles. Si nous tenons compte de leurs occupations habituelles, nous verrons qu'un tel état de choses constituait pour eux une véritable infirmité et les mettait dans l'impossibilité de gagner leur vie. Le malade de l'observation VI, était serrurier et par conséquent travaillait ordinairement debout : par suite de la position vicieuse du pied droit, la station s'exécutait sur son bord externe. Il se produisit, comme toujours, une bourse séreuse accidentelle qui s'enflamma; l'inflammation gagna les os et lors de sa première entrée dans le service, nous dûmes enlever deux orteils et une partie du cuboïde. Cette opération purement palliative, fit disparaître les accidents actuels, mais la déformation persistant, un processus analogue au premier se développa dès qu'il reprit ses occupations.

Dans l'observation VII les choses ont évolué exactement de la même manière : il y a eu à la suite d'une fracture comminutive du fémur, raccourcissement de la jambe, déviation du pied (pied-bot *varus équin*). Comme le précédent, le malade travaille debout et, comme lui aussi, il a eu à plusieurs reprises des ulcérations opiniâtres qui l'ont obligé de faire des séjours plus ou moins longs à l'hôpital. On peut prévoir sans grande perspicacité ce qui arrivera par ce qui s'est passé jusqu'à ce jour. Les conditions de la station resteront les mêmes; les actions mécaniques produiront nécessairement leurs effets et il y a tout lieu de croire que, l'inflammation gagnant en profondeur, le repos et les moyens locaux deviendront insuffisants. Je n'insiste point sur les observations VII et VIII parce que tout s'est passé comme dans les précédentes. Ainsi chez ces quatre individus des accidents anciens de différente nature ont été suivis de déformations de la jambe et d'atittudes vicieuses du pied, et sous l'influence de causes professionnelles dont l'action se répète fatalement, il s'est fait des poussées inflammatoires locales assez graves parfois pour gagner les parties profondes ou donner lieu à des phlegmons du voisinage. J'ai même vu dans un cas de ce genre une ostéite raréfiante

de tous les os du tarse (V. fig. 48). Il n'y a pas à se le dissimuler, Messieurs, un tel état est sérieux et doit appeler l'attention du chirurgien. C'est, selon nous, un tort grave de garder une attitude expectante et de se dire qu'il sera temps de combattre

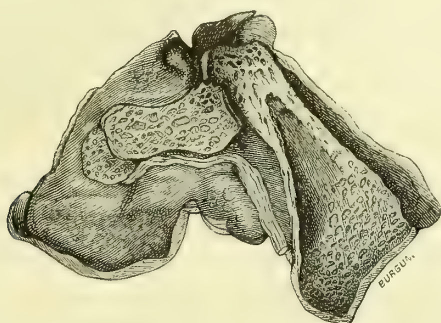


Fig. 48. — Ostéo-arthrite consécutive à une déformation traumatique du pied.

les manifestations lorsqu'elles se présenteront. Nous avons affaire à un individu en état d'imminence morbide et nous devons employer tous les moyens dont nous disposons pour prévenir le retour des phénomènes observés une première



Fig. 49. — Ulcérations papillomateuses consécutives à une position vicieuse du pied.

fois. Croyez-vous donc que des ulcérations analogues à celles que nous montrent cette pièce soient insignifiantes et qu'il ne faille pas nous en préoccuper? (Voy. fig. 49.) Malheureusement dans les cas actuels ces moyens étaient peu nombreux, les

déformations étaient trop anciennes pour qu'on pût songer à y remédier; les troubles de nutrition signalés dans plusieurs cas étaient au-dessus de ressources de la thérapeutique. Nos indications se réduisaient pour ainsi dire à une seule : diminuer l'action des causes mécaniques et pour cela, améliorer les conditions de la station. Nous n'avions que deux moyens : les appareils orthopédiques d'abord, puis l'amputation du pied et de la jambe. Les résultats donnés par les premiers sont douteux; ils préviennent d'autant moins les ulcérations que celles-ci se font le plus souvent avec une facilité extrême ; un de nos malades ne pouvait faire un pas sans qu'il s'en développât au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne. Il ne faut donc pas hésiter dans ces conditions à proposer l'amputation de la jambe et du pied. On dira peut-être que cette manière de faire est contraire aux principes actuels de la chirurgie conservatrice, je ne le crois pas. La conservation bien entendue ne s'étend, comme je vous le disais au début, qu'aux choses utiles. Le sacrifice d'un organe nuisible ou dangereux est une nécessité. Si un pied est dévié de telle sorte qu'avec lui la marche et la station soient plus difficiles qu'avec un appareil prothétique bien construit, les avantages que l'on donne au malade, en le conservant, me semblent problématiques.

Les règles de conduite applicables aux membres supérieurs ne sont pas nécessairement les mêmes pour les membres inférieurs. Tandis que les chirurgiens entreprendront avec raison un traitement long, minutieux, incertain s'ils ont l'espoir de conserver le bras, l'avant-bras, ou une portion de la main suffisante pour la préhension ; ils ne devront pas agir de même pour le membre inférieur s'il est destiné à devenir plus nuisible qu'utile, car souvent alors ils seraient obligés de se résigner un peu plus tard à l'opération devant laquelle ils avaient hésité au début.

Je ne saurais donc trop vous le répéter, Messieurs, l'amputation primitive est parfois avantageuse; elle peut constituer même une nécessité.

Je ne veux pas dire qu'elle soit indispensable dans tous les cas. A côté des premiers faits dont je vous ai

parlé, je vous en ai cité un dans lequel les indications étaient moins nettes parce que la cause était moins bien déterminée. Il y avait une ancienne fracture de l'extrémité inférieure de la jambe mal consolidée, mais la relation entre cette fracture et la déformation était au moins douteuse. Le malade était entré à l'hôpital parce que les orteils étaient fléchis vers la plante du pied ; mais cette anomalie avait débuté dix ans seulement après la fracture; elle était bilatérale; de plus le malade était rhumatisant. Il y a tout lieu de croire qu'il s'agissait d'une déformation en griffe due au rhumatisme chronique. Nous avons enlevé les orteils dont la flexion rendait la marche impossible; c'était la seule conduite à tenir en pareil cas.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes point occupés, chez les malades qui font le sujet de cette leçon des accidents originels; nous ne nous sommes nullement demandé ce que l'on eût pu faire antérieurement, mais seulement ce qu'il y avait à faire quand ils se sont présentés à nous. Nous avons surtout voulu vous montrer par ces faits : que dans le traitement des traumatismes du membre inférieur le chirurgien ne doit pas avoir la plaie seule en vue; qu'il doit toujours se rappeler la possibilité des ankyloses, des cicatrices vicieuses, des déformations consécutives, et diriger le traitement de manière à les prévenir. Si donc, en pareil cas, vous croyez ne pouvoir éviter une paralysie ou une ankylose, donnez au membre une position telle qu'il puisse être utile dans la suite : ce sera le meilleur moyen de résoudre à l'avance le problème que nous venons de discuter, et si, en le conservant, vous estimez qu'il sera plus nuisible qu'utile, n'hésitez pas à le réséquer ou à l'amputer.

TREIZIÈME LEÇON

DES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM

LEUR NATURE — LEUR DIAGNOSTIC — LEUR TRAITEMENT

Messieurs,

La malade que je vous présente est arrivée à un degré extrême d'amaigrissement et d'anémie. Si nous n'avions point la ressource de l'interrogation ; si nous ne savions rien sur les commémoratifs, nous la croirions probablement au premier abord atteinte d'une affection diathésique au-dessus des ressources de la chirurgie. Fort heureusement, les circonstances sont beaucoup plus favorables, car la cause de tout est un rétrécissement inflammatoire et cicatriciel du rectum ; un de ces rétrécissements compliqués, graves si vous voulez, mais contre lesquels l'intervention est puissante. Je vais vous rappeler en détail l'histoire de cette personne, puis nous discuterons ensemble les questions relatives à la conduite que doit tenir le chirurgien. Vous verrez que la dilatation progressive ne peut toujours suffire et que, quand elle a donné ce que l'on est en droit d'attendre d'elle, il faut employer des moyens plus énergiques pour vaincre la sclérose et l'affection génératrice ; pour faire disparaître ses conséquences présentes et prévenir ses conséquences futures. Nous vous dirons pourquoi dans le cas actuel le mieux sera de pratiquer la rectotomie et de

couper les trajets fistuleux avec le thermo-cautère. Il est d'autant plus urgent d'agir que l'amaigrissement et la teinte cachectique montrent que la suppuration peu abondante, mais continue, nous conduirait vite à l'épuisement.

Je commencerai par vous rapporter l'observation.

Obs. XII. — Jean (Clémentine), trente-sept ans, célibataire, entre le 6 avril 1877, salle Sainte-Marthe. Réglée à douze ans et demi, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'à l'âge de trente-quatre ans, époque de la ménopause; nullipare. Elle a eu de bonne heure des hémorrhoïdes et était sujette à la constipation. Il y a trois ans, pleuro-pneumonie; vers la même époque, plusieurs abcès se formèrent à la marge de l'anus; les trajets sont restés fistuleux. La constipation devint plus opiniâtre et en même temps survint, par suite des efforts de défécation, une incontinence des urines qui persiste encore. Depuis deux ans, les selles sont rares et douloureuses; les matières rendues sont effilées, rubannées; parfois des purgatifs amènent une débâcle sous forme de diarrhée abondante.

L'état général devient de plus en plus mauvais; les forces diminuent et elle s'amaigrit vite parce que pour neutraliser la fréquence des selles, elle se condamne à une abstinence rigoureuse; la face est pâle, les lèvres sont décolorées.

A son entrée dans le service, on voit, en dehors de la marge de l'anus du côté droit, une fistule en partie oblitérée; il y en a une seconde sur la ligne médiane au niveau de la pointe du coccyx. Pas de fissures anales. Près de l'ouverture, deux condylômes faciles à distinguer des hémorrhoïdes par leur défaut de vascularisation; ce sont des replis cutanés, indurés, que l'on appelle parfois hémorrhoïdes sèches. Écoulement muco-purulent peu abondant. La vulve est normale, ainsi que le périnée. Par le toucher rectal, on sent un rétrécissement qui commence au-dessus du sphincter anal; la pulpe de l'index peut en franchir une partie, mais ne le dépasse point. Au-dessous existent quelques ulcérations. Le toucher vaginal montre que la muqueuse est saine, que la cloison a conservé ses caractères et qu'il y a au-dessus du rétrécissement des indurations dont on ne peut apprécier l'importance. La fistule latérale droite ne livre point passage au stylet; elle est presque entièrement cicatrisée. La seconde fistule pouvait faire craindre une affection osseuse, vu la proximité de la région coccygienne, mais le stylet introduit dans ce trajet se dirige nettement vers le rectum; la portion d'instrument qui pénètre dans les tissus est de 9 centimètres. Des gaz s'échappent par cette dernière fistule.

Traitement interne reconstituant: vin de quinquina, sirop d'io-

dure de fer, dilatation progressive du rétrécissement. Cette dilatation nous permet de franchir ce premier obstacle et de voir s'il existe d'autres désordres sur un point plus élevé du rectum.

Après quelques séances, il nous est possible d'introduire la première phalange et nous constatons que nous avons affaire à un rétrécissement cylindrique, remontant à une hauteur de deux phalanges, formé par des brides cicatricielles dures et rigides, et qu'entre elles, aussi bien qu'au-dessus d'elles, il y a des végétations saignantes qui correspondent probablement à l'orifice interne des fistules.

Les trajets sont d'ailleurs tellement anfractueux qu'il est impossible de pénétrer jusque dans le rectum au moyen d'une sonde introduite par l'orifice externe.

Vous voyez, Messieurs, que chez cette malade, comme chez tant d'autres que nous avons eu l'occasion de vous présenter, la marche a été classique, et qu'il est facile de suivre le tableau depuis le premier accident jusqu'au jour où elle est entrée dans nos salles. Des bourrelets hémorrhoïdaires ont d'abord apparu ; ils se sont enflammés en donnant lieu à des abcès dont les trajets ne se sont pas fermés. Une irritation continuelle partant des fistules s'est propagée au tissu sous-muqueux du voisinage et s'est terminée finalement par une sténose ayant pour agent le tissu conjonctif augmenté de volume et de consistance. Ne croyez pas, Messieurs, que cette marche soit hypotétique ou simplement probable. Il y a longtemps que j'ai vérifié pour la première fois par l'observation clinique et l'examen histologique les phénomènes dont je vous parle et que Robin les a vus chez une femme du service de Gosselin.

Les conséquences sont terribles : je vous ai déjà dit que les affections des organes génitaux et de la portion inférieure du tube digestif retentissent sur les centres nerveux au point de produire des troubles de l'état mental. Plus l'hyperplasie s'est étendue, plus le calibre de l'intestin a diminué, plus tôt à la douleur physique s'ajoutent des angoisses morales suffisantes parfois pour pousser les malades au suicide. Ici, le sensorium a été intéressé comme toujours, mais la douleur a été le phénomène capital. Les selles étaient tellement pénibles que la malade faisait tout pour les prévenir; elle se résignait à une alimentation restreinte, se condamnait parfois à une

abstinence volontaire. Je n'ai pas besoin de vous dire que, dans les cas semblables, les laxatifs et les moyens analogues n'amélioreraient guère l'état général.

Lors donc, Messieurs, que vous soupçonnez la présence d'un rétrécissement rectal, n'oubliez pas qu'il s'agit d'une maladie qui menace la vie et employez tous les moyens que vous avez à votre disposition pour le reconnaître de bonne heure et vous mettre en mesure de le traiter.

Les commémoratifs vous indiqueront la voie, mais vous ne pourrez arriver à un diagnostic complet avec eux seuls ; il faut de toute nécessité que vous exploriez la région. Malheureusement, certaines malades ne se résignent pas toujours de bonne heure à subir le toucher rectal et vaginal ; elles craignent les explorations à cause de la douleur et d'un sentiment de pudeur parfois tardif, toujours nuisible pour elles-mêmes. Ne vous laissez pas rebuter par un premier refus ; employez la persuasion, le raisonnement, pour vaincre leurs scrupules, car plus votre intervention sera précoce, plus elle aura de chances d'être facile et efficace. Si vous êtes appelé tardivement et si le toucher rectal vous montre, comme chez notre malade, que le rétrécissement est étroit et déjà ancien, que la première phalange de l'index ne peut le franchir, dilatez-le progressivement pour reconnaître l'état de la muqueuse au-dessus de lui ; aidez-vous du toucher vaginal ; s'il y a des trajets fistuleux, explorez-les avec le stylet ; en un mot ne négligez rien de ce qui peut vous renseigner sur l'étendue des désordres.

Mais, quand vous aurez reconnu le rétrécissement et les complications qu'il a entraînées, votre tâche ne sera pas finie, il faudra que vous arriviez à vous fixer sur sa nature et son origine. Nous vous en avons souvent montré de causes diverses : les uns étaient *inflammatoires*, les autres *cicatriciels ;* d'autres *syphilitiques* ou *cancéreux*. Les premiers avaient pour origine une rectite qui résultait ordinairement d'un traumatisme, de tumeurs hémorrhoïdaires enflammées, d'une blennorrhagie anale, plus souvent encore d'un chancre non phagédénique, développé au niveau de la vulve et propagé au périnée et à l'anus (Voy. notre travail fait en collaboration avec Malas-

sez sur les ulcérations de l'anus et du rectum. Paris, 1872).

Les rétrécissements cicatriciels sont parfois causés par des abcès et des fistules, mais souvent ils résultent de brûlures ou d'opérations pratiquées sur l'extrémité inférieure du tube digestif; de l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales par l'écraseur linéaire ou le thermocautère.

Les rétrécissements syphilitiques peuvent être observés à la période secondaire ou à la période tertiaire de la maladie. A. Fournier, qui a bien décrit ceux de la période secondaire, a démontré qu'ils sont dus à la sclérose de la muqueuse. Gosselin pense que ceux de la période tertiaire sont parfois la conséquence de gommes ulcérées. Il semble, Messieurs, que pour une affection qui donne lieu à d'aussi graves désordres, rien ne sera plus facile que de déterminer la nature de l'accident local qui a causé le rétrécissement. Les discussions qui ont eu lieu à ce sujet et l'observation de chaque jour démontrent au contraire combien le diagnostic est délicat; l'interrogation ne peut vous donner que des soupçons et vous n'arriverez à supposer qu'il s'agit d'un rétrécissement spécifique que s'il y a eu d'autres manifestations.

Les rétrécissements cancéreux sont fréquents, mais ils s'éloignent tellement du cas que nous avons sous les yeux que nous y reviendrons dans une autre clinique en raison de leur importance. Ils sont d'ailleurs faciles à distinguer tant leurs caractères sont tranchés.

Vous trouverez souvent la plus grande difficulté pour faire le diagnostic entre les rétrécissements inflammatoires simples et les rétrécissements syphilitiques au moment où vous serez appelés près des malades, plus tard le tissu morbide se transforme rapidement en tissu cicatriciel et l'affection perd son caractère primitif. Cependant les commémoratifs, joints à l'examen local, pourront vous mettre sur la voie.

Dans le cas actuel, il n'y a aucun doute à conserver sur la nature du mal; il s'agit manifestement d'un rétrécissement inflammatoire.

Voyons maintenant comment nous traiterons une sténose arrivée à la période scléreuse.

Nous avons trois procédés : la dilatation graduelle, la dilatation forcée et l'incision. Tous sont excellents quand le rétrécissement est peu avancé et n'est pas compliqué. Mais il est rare qu'il soit assez simple pour qu'on puisse s'en tenir à l'un de ces procédés. Le plus souvent, comme chez la malade actuelle, des abcès, des fistules, des ulcérations, des rétrécissements multiples, se sont formés et ont donné lieu à des désordres considérables qu'il faut combattre par des moyens plus énergiques. Dans ces cas graves, la dilatation encore n'est plus qu'un moyen de diagnostic, elle ne rendrait presque pas de services pour le traitement.

La dilatation graduelle est utile surtout avant la sclérose, lorsque les selles sont douloureuses par suite d'une ulcération anale ou de l'inflammation d'un petit bourrelet hémorrhoïdaire ; dans ces cas, si on l'applique judicieusement, on peut prévenir les conséquences de la maladie. On la pratique avec les doigts ou avec des bougies coniques de formes et de dimensions appropriées.

La divulsion, procédé plus violent, est peut-être aussi plus salutaire. A. Cooper, qui l'a proposée l'un des premiers, lui accordait une importance exagérée. Cette méthode a son arsenal; il y a les dilatateurs de Demarquay, de Nélaton et de tant d'autres, dont nous nous servons journellement devant vous et que vous trouverez chez tous les fabricants d'instruments de chirurgie. Dans les rétrécissements fibreux simples, peu étendus, elle peut suffire seule. J'ai opéré de la sorte, en 1876, une dame qui avait une sclérose annulaire (1). Par la dilatation forcée faite avec le divulseur de Nélaton, j'ai obtenu des guérisons définitives. La puissance de ces instruments est considérable ; elle suffirait même à vaincre des rétrécissements anciens et très durs, mais il faut, dans tous ces cas, mettre dans leur application une certaine mesure afin de ne pas produire des déchirures dangereuses. En outre, si les lésions ont une étendue comparable à celle que nous avons constatée chez notre malade, un tel moyen n'est guère

(1) *Clin. de* 1876, p. 536.

applicable, car il est douteux que l'on réussît à vaincre avec lui seul dans une étendue suffisante la résistance de la masse cicatricielle. Quand même on y parviendrait, on ne ferait pas disparaître les trajets fistuleux.

L'incision, plus active encore, est loin d'être sans danger. Ce sont les Anglais qui ont introduit cette opération dans la pratique. Wisemann la fit le premier, en 1839 ; Stafford la préconisait dans tous les cas (1). A cette époque, l'opération se faisait avec le bistouri. Malheureusement elle ne suffit pas toujours : nous oblige souvent la multiplicité des lésions à modifier le manuel opératoire. Si l'incision simple peut suffire pour des rétrécissements minces, valvulaires, comme les rétrécissements congénitaux, il n'en est plus de même quand on se trouve en présence de complications telles que des tumeurs hémorroïdaires, surtout chez les malades affaiblis et anémiés, pour lesquels on doit compter avec le danger d'hémorrhagie. Il ne faut pas hésiter alors à recourir à des méthodes combinées et à tenir moins à la rapidité qu'à la sécurité. C'est ce qui eut lieu chez une de nos malades opérée ici même il y a trois ans. Le rétrécissement était syphilitique ; il avait un aspect redoutable ; la région était tellement douloureuse que pour l'explorer nous dûmes donner du chloroforme. « Nous constatâmes que toute la portion sphinctérienne de l'anus était rétrécie et tapissée par des bourgeons charnus. Le petit doigt introduit avec effort trouvait une oblitération à peu près complète. Il était impossible de distinguer la lumière du rectum des orifices fistuleux qui venaient s'ouvrir à ce niveau. On ne pouvait franchir le rétrécissement qu'avec des sondes très fines. Nous commençâmes par inciser les fistules, puis nous fîmes la dilatation avec l'instrument de Demarquay (2). »

L'incision, dans des cas semblables, ne doit pas se borner à la section de la portion rétrécie du rectum. Elle doit intéresser en même temps tous les trajets fistuleux, si nombreux qu'ils soient ; il ne faut pas hésiter à employer les procédés

(1) *The Edinb. med. and surg. Journ., fasc.* 1. — (2) *Clin. de* 1876.

les plus efficaces pour exciser les bourrelets condylomateux et conjurer l'hémorragie. Dans ce but, Chassaignac se servait de l'écraseur; plus tard le couteau galvano-caustique a pris sa place; vous nous avez vu souvent nous en servir dans ces conditions. Aujourd'hui, Messieurs, nous emploierons le thermocautère; il est plus facile à manœuvrer et présente plus d'avantages.

Enfin, dans certains cas, la portion inférieure du rectum est désorganisée par les abcès péri-rectaux ; les malades sont épuisés et le mieux est de pratiquer l'excision totale de la portion malade. Cette méthode nous a donné d'excellents résultats à Lourcine. Mais, comme elle n'est pas exempte de danger, il est bon de n'y recourir que dans les cas graves et urgents. Quel que soit le procédé, je n'ai pas besoin de vous dire que le traitement n'est pas fini avec l'opération; qu'il faut se mettre en garde contre les suites de la cicatrice nouvelle, par conséquent faire la dilatation graduelle avec des mèches de charpie au milieu desquelles on met un tube élastique fenêtré pour empêcher la rétention des gaz.

En résumé, la dilatation simple est un procédé palliatif ou un adjuvant d'un traitement plus énergique; la divulsion n'est indiquée que dans les rétrécissements fibreux et peu étendus; l'incision avec les précautions que nous venons d'indiquer, l'est dans les autres.

Procédons maintenant à l'opération. La malade, chloroformée, étant couchée sur le dos, le bassin élevé, les cuisses fortement fléchies sur l'abdomen, nous faisons passer dans la fistule latérale une sonde cannelée assez longue pour bien guider le couteau thermo-caustique : en même temps, une valve à manche est introduite dans l'intestin afin d'en garantir la paroi opposée. Nous incisons ensuite la seconde fistule en dirigeant notre opération de manière à faire converger toutes nos incisions vers une même ligne sur la face postérieure du rectum. Grâce à nos pinces hémostatiques qui sont appliquées sur quelques vaisseaux saignants, l'opération est faite rapidement: ces pinces sont retirées sans danger immédiatement après.

Les plaies qui résultent de notre opération sont, comme vous le voyez, au nombre de deux : elles représentent la direction des fistules; toutes deux convergent vers l'ouverture rectale. La postérieure mesure neuf centimètres de longueur, la latérale quatre centimètres. Le pansement est fait avec des mèches alcoolisées.

(Nous n'eûmes pas d'autre accident consécutif qu'une diarrhée qui céda facilement à l'usage du bismuth et du diascordium.)

QUATORZIÈME LEÇON

DE L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

Messieurs,

Il n'y a guère plus de trente ans que l'anesthésie a été appliquée à la pratique courante de la chirurgie, et cependant déjà beaucoup d'agents ont été vantés, utilisés ou abandonnés tour à tour. Vous n'ignorez pas qu'avant de se servir comme aujourd'hui de liquides ou de gaz, qu'il suffit de respirer pour obtenir le sommeil, les chirurgiens donnaient autrefois aux malades, afin de leur éviter la douleur pendant les opérations, des médicaments propres à émousser la sensibilité et destinés à faciliter d'autant le manuel opératoire. C'était à la faveur du sommeil provoqué par l'opium, la belladone, la mandragore et surtout par l'ivresse alcoolique, que des luxations étaient réduites ou que de grandes opérations, amputations, résections, étaient pratiquées.

C'est à ces procédés d'un effet peu certain que l'on avait généralement recours lorsque la découverte des propriétés anesthésiques du gaz protoxyde d'azote vint attirer l'attention sur des produits chimiques dont jusque là on ne s'était pas occupé d'une façon spéciale. C'est ainsi que l'éther, le chloroforme, l'aldéhyde, l'amylène, firent successivement leur apparition. Presque tous ces agents, nous les avons vu expérimenter dès le début; plusieurs même nous ont inté-

ressé d'une façon particulière, et nous avons entrepris à ce sujet des expériences comparatives afin de nous renseigner exactement sur la valeur de chacun d'eux. C'est le résultat de nos recherches et de nos travaux que j'ai l'intention de vous exposer brièvement. Le sujet ne manque pas d'importance : nous devrons examiner si les gaz ou les vapeurs sont, au commencement de l'inhalation, respirés avec plus ou moins de facilité par les patients et ne déterminent pas sur les premières voies aériennes une sensation trop prononcée; si le sommeil survient rapidement ou après une période d'agitation plus ou moins violente; si l'anesthésie peut être continuée sans danger pendant longtemps; si le réveil se fait avec aisance; enfin, si l'administration de l'agent anesthésique ne laisse pas après elle des traces qui, pour être courtes, n'en sont pas moins désagréables et peuvent même se faire sentir à une époque éloignée.

Vous voyez, Messieurs, que c'est là un sujet assez vaste que j'entreprends de traiter devant vous; mais il me sera d'autant plus aisé de vous l'exposer que bien souvent nous avons, sous vos yeux, opéré des malades préalablement endormis par des procédés divers, dans le but de faire une juste comparaison des différents moyens entre eux. Je ne m'occuperai d'ailleurs dans cette étude que des agents anesthésiques au sujet desquels des expériences sérieuses ont été entreprises et qui ont donné quelque résultat dans la pratique.

Je serai bref sur les données chimiques que vous trouverez exposées dans les traités spéciaux; je passerai sous silence les diverses et nombreuses classifications que l'on a voulu établir, me bornant à vous rappeler que les anesthésiques employés jusqu'à ce jour sont liquides ou gazeux.

Parmi les premiers, se trouvent :

L'*éther* ou *oxyde d'éthyle*,
Le *chloroforme*,
L'*amylène*,
Le *bromure d'éthyle*,
Le *bichlorure de méthylène*,

Le *chloral*,
Et l'*aldéhyde*.

Les gaz sont :

L'*acide carbonique*,
L'*azote*,
Le *protoxyde d'azote*.

Le dernier seul nous occupera, les autres n'ayant été employés et sans aucun succès qu'une ou deux fois chacun.

Cette énumération ne comprend que les agents anesthésiques qui méritent de nous arrêter quelques instants. Pour ne rien omettre, nous dirons également quelques mots d'un autre agent anesthésique, le *magnétisme*, dont la nature et la façon dont il agit sur l'organisme nous sont complètement inconnues.

ÉTHER (1).

L'époque à laquelle ont eu lieu les premières applications de l'éther à l'anesthésie chirurgicale a été jusqu'à ces derniers temps l'objet de nombreuses discussions ; il s'est produit à ce sujet un grand nombre de revendications paraissant suffisamment fondées, sur lesquelles il était d'autant plus difficile de prononcer un jugement équitable que le véritable inventeur était mort depuis de longues années, dépouillé par des rivaux peu scrupuleux, et dont le nom même commençait à tomber dans l'oubli. Des documents qui viennent d'être publiés par Rottenstein (2), il résulte que les droits réels à la priorité appartiennent à Horace Wells. C'est lui, Messieurs, qui doit être, en effet, regardé comme l'inventeur de l'anesthésie chirurgicale ; c'est lui qui le premier a montré les pro-

(1) *Ether* ou *oxyde d'éthyle* ($^4H^{10}O$). L'éther sulfurique, découvert en 1540 par Valerius Cordus, se prépare par l'action de l'acide sulfurique sur l'alcool; — liquide incolore, très réfringent, limpide et d'une grande mobilité; — sa saveur est d'abord âcre et brûlante, puis fraîche. — Il est parfaitement neutre. Densité à l'état liquide = 0,723 à 12°,5 (Gay-Lussac). Il bout à 34°,5 environ (Wurtz, *Dictionnaire de chimie*).

(2) *Traité d'anesthésie chirurgicale* par le Dr Rottenstein. Paris, 1880.

priétés stupéfiantes du protoxyde d'azote, et il est non moins prouvé que c'est lui qui a également découvert l'usage que l'on pouvait faire dans la chirurgie pratique de l'éther pour annihiler la douleur. Il est donc regrettable que Morton, un dentiste auquel il avait fait part de sa découverte, et Jackson, chirurgien de Boston, aient eu la prétention de lui ravir le fruit de ses persévérantes études et pendant longtemps aient passé pour les véritables inventeurs de l'anesthésie appliquée aux opérations chirurgicales. On savait dès cette époque, que l'éther absorbé soit à l'état liquide par les voies digestives, soit à l'état de vapeur par les voies respiratoires, était capable de produire l'insensibilité.

En 1818, Orfila signala des faits de ce genre dans des expériences qu'il pratiqua sur des chiens (1).

Marion Sims (2) cite un chirurgien américain du nom de Crawford Long, qui, dès le 30 mars 1842, aurait profité de l'anesthésie produite par l'éther pour pratiquer des opérations. Nous sommes en droit de douter que cette dernière assertion soit fondée, Crawford Long n'ayant publié ses observations que dix ans plus tard, à une époque où l'on ne discutait déjà plus la valeur de l'éther comme agent d'insensibilité. Toujours est-il que cette importante découverte ne pouvait être plus longtemps retardée : un hasard aurait mis un jour ou l'autre sur la voie si H. Wells n'avait tout d'abord, avec un grand esprit de généralisation, indiqué le parti que l'on tirerait en chirurgie de l'inhalation des vapeurs d'éther.

Comme pour tous les autres anesthésiques, ce fut sur des malades à qui l'on devait arracher des dents cariées, que l'on tenta les premiers essais. Morton fit cette petite opération le 30 septembre 1846, à un individu nommé Eben Prost, qui fut endormi par ce procédé. Les 17 et 18 octobre, des opérations plus sérieuses furent pratiquées ; mais, pour éviter que la méthode d'anesthésie que Morton employait de concert avec Jackson ne fût trop tôt divulguée, craignant que quelque chirurgien n'agît à leur égard de la même façon qu'ils avaient

(1) *Traité des Poisons* par M. E. Orfila, t. II, p. 418. Paris, 1818.
(2) *The discovery of anesthesia, Virginia medical Monthly*, may 1877.

agi vis-à-vis de H. Wells, ils masquèrent l'odeur de l'éther avec un peu d'huile de néroli et donnèrent à ce produit le nom de *Lethéon*.

Cette supercherie dura peu; dans le courant du mois de décembre, la nouvelle de la découverte arriva en Angleterre, et Robinson après une première expérience sur un malade à qui il arracha une dent, se servit de l'éther pour de grandes opérations. Guthrie, Liston et Fergusson imitèrent aussitôt son exemple.

En France, on accueillit au début avec réserve les récits merveilleux qui nous arrivaient de l'étranger; mais dès le 12 janvier 1847, Malgaigne faisait à l'Académie de médecine une communication sur l'anesthésie par les vapeurs d'éther. Dans les séances des 4 et 10 février suivants, Sédillot lisait un intéressant mémoire sur ce sujet à la Société médicale de Strasbourg. Les résistances cédèrent peu à peu. Velpeau, Cloquet, Jobert de Lamballe, prêtèrent l'appui de leur autorité à la nouvelle méthode qui se généralisa rapidement.

Ce fut également en 1817 que James Simpson administra pour la première fois l'éther, afin de diminuer les douleurs de l'accouchement.

La grande volatilité de l'éther exige pour son administration que l'on se serve d'un appareil. La petite quantité que l'on verserait sur une compresse serait trop rapidement évaporée pour qu'il en entrât suffisamment dans les voies respiratoires du malade. Morton fit construire le premier appareil consistant simplement en un ballon de verre de trois à quatre litres de capacité, possédant deux tubulures : l'une, par laquelle entrait l'air atmosphérique, permettait de verser le liquide anesthésique sur les éponges disposées à l'intérieur, l'autre devait être placée dans la bouche du malade. Depuis, des instruments perfectionnés ont été inventés, mais leur description ne rentrant pas dans le cadre du sujet que je me suis imposé de traiter devant vous, je passe immédiatement à l'action sur l'économie animale des vapeurs d'éther absorbées par les poumons.

De nombreuses expériences ont été faites sur les animaux

pour tâcher d'élucider cette question si intéressante ; les premiers expérimentateurs furent Tourdes et Sédillot à Strasbourg. Vinrent ensuite les travaux de Longet, Flourens, Magendie, et plus récemment, les belles études de Claude Bernard (1).

Effets physiologiques. — Toutes ces recherches ont montré les mêmes résultats physiologiques. Ce sont : d'abord une gêne respiratoire, une abondante salivation, puis une agitation plus ou moins violente, durant plus ou moins longtemps, suivant les sujets en expérience, l'insensibilité, enfin, si l'on continue à faire respirer les vapeurs d'éther, l'asphyxie et la mort.

Chez les chiens, Sédillot a constaté fréquemment, après l'éthérisation, des foyers de pneumonie et des épanchements purulents des plèvres. Sur cinq animaux, deux périrent de cette façon (2). Tourdes observa les mêmes accidents chez les lapins.

D'après Longet, qui a étudié l'action de l'éther sur les centres nerveux, la *vraie période chirurgicale* (c'est-à-dire le moment le plus propice pour que le chirurgien fasse l'opération), serait celle de l'éthérisation de la protubérance annulaire pendant laquelle les fonctions des lobes cérébraux ne sont pas interrompues, tandis que toutes les propriétés réflexes sont complètement abolies. Mais il est presque impossible d'obtenir ce juste degré d'anesthésie ; dans la plupart des cas les facultés intellectuelles disparaissent en même temps que les malades sont plongés dans la résolution. Cependant on a vu, rarement il est vrai, des malades parfaitement insensibles, suivre avec intérêt les détails de l'opération que l'on pratiquait sur eux.

Au moment où les premières bouffées de vapeur sont absorbées, le rythme de la respiration s'accélère ; mais il est difficile de dire dans quelles proportions, l'impression désagréable, pénible, qu'elles causent dans l'arrière-gorge, provoquant presque toujours chez le malade des accès de toux. Au bout

(1) *Leçons sur les anesthésiques.* — (2) Sédillot, *Gaz. méd. de Strasbourg*, n° du 20 février 1847.

de peu de temps, la respiration redevient normale, et même le nombre des inspirations subit une légère diminution, l'agent anesthésique exerçant son action sur les origines du pneumogastrique. La qualité des gaz expirés varie également d'une manière assez notable : au début, pendant la période d'agitation, la quantité d'acide carbonique exhalé est augmentée, ce qui s'explique par la suractivité fonctionnelle du moment; plus tard, l'haleine est chargée de vapeurs éthérées si bien que Landouzy a rapporté un cas dans lequel on avait pu les enflammer.

Du côté de la circulation, les modifications apportées par l'anesthésie ne sont pas d'une moindre importance. D'après les nombreuses observations recueillies par Perrin et Lallemand (1), le pouls augmente de fréquence pendant la période d'agitation et, bien que diminuant par la suite, il reste plus élevé qu'à l'état normal tout le temps que dure l'anesthésie. Enfin, dans une communication à l'Académie, Amussat a signalé le changement de coloration du sang qui devient noir sous l'influence de l'éther, preuve d'asphyxie.

Vous savez, Messieurs, avec quel soin le praticien qui endort un malade doit surveiller les mouvements respiratoires et les battements du pouls ; je ne fais ici que vous le rappeler ; je reviendrai tout à l'heure sur ce sujet lorsque je vous parlerai des accidents qui peuvent survenir dans le cours de l'éthérisation ou de la chloroformisation.

L'éther agit encore sur l'estomac par l'intermédiaire des filets du pneumo-gastrique qui se rendent à cet organe ; il provoque fréquemment des vomissements qui persistent quelquefois longtemps après la cessation de l'anesthésie. C'est là un des nombreux reproches, et certes il n'est que trop fondé, qui ont été adressés à ce moyen d'obtenir l'insensibilité.

Jobert de Lamballe, qui avait failli perdre plusieurs malades endormis par ce procédé, l'accusait en outre de laisser pendant plusieurs jours des céphalalgies intenses et de pro-

(1) *Traité d'anesthésie chirurgicale.* Paris, 1863.

voquer des accès d'hystérie, des convulsions, des réactions fébriles excessives. Pour éviter ces accidents, on a recommandé l'intermittence des inhalations, c'est-à-dire de laisser, à des intervalles assez rapprochés, le malade respirer pendant quelques instants à l'air libre, mais il n'en est pas moins vrai que, malgré les plus grandes précautions, il s'est produit des accidents redoutables et des cas de mort. Gosselin en a publié une observation dans ses cliniques (1). Il s'agissait d'un individu atteint d'une luxation traumatique de la hanche droite datant de dix-huit heures, et en même temps de deux fractures siégeant à la cuisse gauche et au bras droit. Pour réduire la luxation, on endormit le blessé avec l'éther; mais tout à coup, le pouls cessa de battre bien que la respiration continuât encore; le pouls reparut quelques instants, mais l'intelligence éteinte ne revint pas; peu de temps après la respiration s'accéléra, la face devint cyanosée, et, malgré l'application de l'électricité et les flagellations avec des compresses d'eau froide pendant vingt-cinq minutes, le malade mourut. A l'autopsie, on trouva des caillots noirs dans les cavités du cœur, surtout à gauche. Les poumons et le cerveau étaient sains. L'asphyxie avait déterminé la mort.

Vous voyez, Messieurs, par l'exposé rapide que je viens de vous tracer, que l'éther ne saurait être proposé comme un agent anesthésique parfait. La longue période qui lui est nécessaire pour produire l'anesthésie, la durée de l'agitation qu'il provoque chez les malades que l'on soumet à ses vapeurs, lui ont fait préférer le chloroforme par la plupart des chirurgiens, bien que les cas de mort signalés comme résultant de l'action de ce dernier soient beaucoup plus nombreux que ceux imputés à l'éther. Les statistiques démontrent en effet que pour l'éther on a observé 1 mort sur 23,204 administrations, tandis que pour le chloroforme, elle est de 1 mort sur 2,723 administrations. La supériorité de l'éther, en nous plaçant à ce point de vue qui est de la plus grande importance, serait donc

Gosselin, *Clinique chirurgicale de la Charité*, t. I.

incontestable si, dès le début de l'inhalation, il ne donnait lieu, à des accidents qui peuvent revêtir les formes les plus violentes. C'est pour remédier à ce grave inconvénient qu'un chirurgien anglais distingué, Clover, a proposé de commencer l'anesthésie avec le protoxyde d'azote et de la continuer avec l'éther. De cette façon, la période d'excitation n'existe pas, et le malade s'endort souvent en quelques secondes.

Nous avons, il y a plus de dix ans, expérimenté ce procédé; récemment encore nous l'avons de nouveau employé devant vous sur plusieurs malades, et avec succès. Vous vous rappelez cette jeune fille de dix-neuf ans affectée d'une nécrose de l'extrémité inférieure de l'humérus droit, et chez laquelle il nous fallut sculpter l'os pour retirer un séquestre invaginé; chez elle l'anesthésie complète par le protoxyde d'azote fut obtenue au bout de quarante-cinq secondes; elle fut continuée avec l'éther sans que la malade ait présenté pendant la demi-heure qu'a duré l'opération, la moindre excitation (1). C'est, il faut en convenir, un immense avantage que d'avoir pu supprimer ce temps extrêmement désagréable pour le chirurgien; mais il n'en est pas moins vrai que l'on combat par ce procédé un seul inconvénient et que l'on n'obvie en aucune façon à l'asphyxie à la syncope, et aux accidents ultérieurs qui peuvent se produire.

Je ne crois donc pas devoir y insister plus longuement et je passe immédiatement à l'agent anesthésique le plus généralement employé en France, le chloroforme.

CHLOROFORME.

Messieurs, je serai bref sur cet anesthésique, attendu que les effets physiologiques et pathologiques que nous avons observés à propos de l'éther se retrouvent presque identiquement les mêmes sous l'action du chloroforme.

(1) V. *Paris-Médical* du 20 août 1879.

Je me bornerai à vous rappeler succinctement les points principaux de son histoire ; ensuite, nous examinerons, avec le soin que comporte une telle question, la conduite que doit tenir le praticien en face des accidents graves, tels que l'asphyxie ou la syncope, qui ne se produisent que trop fréquemment pendant l'administration soit de l'éther, soit du chloroforme.

Vous savez que le chloroforme (1) fut découvert en 1831 par Soubeiran. Son action sur l'économie ne fut pas reconnue à cette époque, et nous devons arriver jusqu'au 8 mars 1847 pour trouver le premier document publié à cet égard.

Dans une communication qu'il fit à l'Académie des sciences, Flourens rapporta que, dans des expériences sur les animaux, ayant substitué le chloroforme à l'éther, il avait obtenu exactement les mêmes résultats. Ses recherches s'arrêtaient là, et ce fut seulement à la fin de 1847, que les chirurgiens, à l'exemple de Simpson, commencèrent à se servir de ce nouvel agent pour insensibiliser des malades qu'ils étaient appelés à opérer.

Un grand nombre de revendications de priorité au sujet de cette découverte se sont produites, comme vous le pensez ; une seule mérite d'être prise en considération ; c'est celle de M. Furnell, actuellement médecin-major de l'armée des Indes, qui l'aurait utilisé à l'hôpital Saint-Barthélemy dès l'été de 1847 (2).

(1) Chloroforme, $CHCl^3$ (Wurtz). Préparation : on chauffe vers 40°35 20 litres d'eau dans le bain-marie d'un alambic, d'une capacité triple environ de la quantité de liquide employé ; on délaye ensuite 5 kilogr. de chaux vive et délitée, et 10 kilogr. de chlorure de chaux. On ajoute ensuite 1 litre et demi d'alcool à 0,85°, et l'on élève rapidement la température. Aussitôt que le chapiteau de l'alambic s'échauffe, on retire le feu ; la distillation marche rapidement et se continue d'elle-même. Vers la fin, on chauffe de nouveau ; l'opération est suspendue lorsque le liquide distillé ne possède plus de saveur sucrée. On trouve dans le récipient 2 ou 3 litres d'un liquide formé de deux couches : le liquide inférieur est le chloroforme mélangé d'alcool et coloré en jaune par un excès de chlore. On le sépare, on le lave avec de l'eau, puis avec une solution de carbonate de potasse, et on le rectifie sur du chlorure de calcium (E. Caventou, *Dictionnaire de chimie pure et appliquée*, par Ad. Wurtz).

(2) V. Rottenstein, *Loc. cit.*

La volatilité du chloroforme, moindre que celle de l'éther, fait que son administration n'exige pas, comme celle du dernier, l'usage d'un appareil. Nous nous contentons de le verser goutte à goutte sur des compresses disposées en forme d'auvent au devant des narines en évitant de toucher la peau afin de ne pas avoir d'effet vésicant. Au lieu de sidérer le malade, comme l'ont proposé quelques chirurgiens, nous préférons obtenir l'anesthésie lentement sans cependant donner aux malades le temps de s'y habituer.

En Angleterre et en France, sauf à Lyon où l'éther a toujours été employé de préférence, le chloroforme a tenu la tête. Ce n'est guère que depuis deux ou trois ans que son crédit semble diminuer auprès des chirurgiens anglais ; en Amérique on le laisse presque de côté. Il faut avouer, Messieurs, que la campagne entreprise contre lui, est en partie justifiée par les suites malheureuses que l'on a observées chez quelques malades.

Effets physiologiques. — Nous avons dit que les symptômes produits par le chloroforme sont les mêmes que ceux de l'éther ; il n'y a donc pas lieu de les énumérer. Cependant il est à remarquer que la période d'agitation qu'il éveille est moins longue et moins accentuée, ce qui n'a pas peu contribué à lui faire donner la préférence dans la chirurgie française ; mais que les troubles nerveux sont, dans la généralité des cas, beaucoup plus graves et surtout beaucoup plus tenaces que ceux qui suivent l'usage des vapeurs éthérées.

De même que Robert l'avait fait pour l'éther, Richet a également reproché au chloroforme de produire du côté de l'estomac, du foie, du cœur et même du cerveau, des accidents tardifs capables de compromette le résultat des opérations. Ces faits existent, à n'en pas douter, mais ils ne sont pas assez fréquents pour contrebalancer les avantages que la chirurgie retire journellement de cet anesthésique.

Outre ces inconvénients ultérieurs qui, pour n'être que rarement suivis de terminaison fatale, ne laissent pas que de préoccuper le chirurgien, les statistiques nous fournissent sur

la mortalité pendant l'anesthésie des chiffres qu'il est bon de rappeler pour montrer à quel point sont utiles les précautions qu'il faut prendre pendant son administration. On compte, en effet, comme je vous l'ai dit, une mort sur 2,723 anesthésies par le chloroforme (1), proportion neuf fois et demie plus considérable que celle fournie par l'éther.

La mort dans la plupart de ces cas a été produite soit par syncope, soit par asphyxie, mais alors qu'avec l'éther le premier de ces deux modes de terminaison est extrêmement rare, il est plus fréquent avec le chloroforme. Cependant les autopsies d'individus qui succombent dans ces conditions n'ont pas donné jusqu'ici des renseignements assez exacts pour que l'on soit en droit d'établir l'anatomie pathologique des lésions que l'on peut découvrir. Chez un de ses malades qui était *mort subitement sous le chloroforme*, Sonnenburg a signalé la présence de gaz libres dans le cœur et les gros vaisseaux ; il fit sur les chiens des expériences qui lui permirent de conclure que ces gaz étaient formés d'azote et d'une petite proportion d'acide carbonique (2). D'autres fois, la mort survient par suite de congestion cérébrale; dans un cas rapporté par Gosselin, on a trouvé à l'autopsie la substance du cerveau parsemée d'un piqueté rouge très abondant (3). D'autres faits prouvent avec non moins d'évidence qu'il existe des circonstances que le chirurgien ne saurait prévoir et par conséquent qu'il est impuissant parfois à empêcher la mort. Il y a en effet, Messieurs, pour chaque malade une idiosyncrasie que les terminaisons fatales seules n'ont que trop souvent dévoilée. Certains états généraux de l'organisme prédisposent spécialement à ces accidents fâcheux, notamment la tuberculose pulmonaire. Nous en avons eu récemment la preuve dans notre service (V. le tome IV de nos cliniques). D'après Paul Bert, le tubercule aurait la fâcheuse propriété de dissoudre et d'emmagasiner le chloroforme, qui

(1) *Chicago medical Examiner*, cité par Rottenstein. — (2) *L'année médicale* (1879), p. 238. — (3) Gosselin, *Loc. cit.*

se trouvant en trop grande quantité dans l'organisme produirait la mort. Il y a cependant des cas où nous ne pouvons, dans l'état actuel de la science, indiquer la cause de la mort.

Les accidents produits par la narcose chloroformique sont les mêmes que ceux de l'éther. Aussi, dans le but de diminuer la quantité nécessaire pour produire l'anesthésie pendant le temps de l'opération, a-t-on proposé de faire la veille au malade une injection sous-cutanée de morphine, ou bien, comme Trélat, de donner une potion additionnée d'une dose rationnelle de chloral.

Quoiqu'il en soit, s'il n'est pas toujours possible de remédier aux accidents produits par le chloroforme, il est bon de les prévoir, car on pourra presque toujours les arrêter par des secours prompts et énergiques.

Ainsi, et ce phénomène est assez fréquent, après quelques bouffées de vapeur absorbées, le malade devient tout à coup pâle ; les lèvres se décolorent, les pupilles se rétrécissent, (L. Labbé), le diaphragme se paralyse, les muscles intercostaux ensuite, la respiration, le cœur et le pouls s'arrêtent presque simultanément : le sujet est en état de mort apparente. C'est d'ailleurs l'ordre que j'ai observé il y a plus de vingt ans sur les animaux que j'ai soumis à cette expérience. Il faut ne pas perdre la tête en présence d'un pareil état et agir promptement, car le moindre retard comprometterait sérieusement la vie.

La première chose que vous devez faire, c'est, après avoir placé le malade en travers du lit d'opération, de lui mettre la tête en bas et les jambes en l'air fortement maintenues par un aide, de telle sorte qu'il soit suspendu verticalement par les pieds. L'utilité de cette méthode, dite de l'*inversion totale*, imaginée par Nélaton, a été clairement démontrée par les expériences entreprises sur les chiens : elles ont éprouvé que l'anémie cérébrale est la cause de la cessation des fonctions vitales chez les sujets soumis aux inhalations anesthésiques. Aussi est-il parfaitement rationnel d'employer l'action de la pesanteur pour ramener le sang dans les centres nerveux.

Les nombreux exemples d'individus qui ont été rappelés à la vie par ce procédé en attestent hautement l'excellence. Je n'ai pas besoin de vous rappeler qu'il convient de faire concurremment la respiration artificielle en comprimant avec force et à des intervalles rapprochés (huit à dix fois par minute) les parois thoraciques ; de frapper de violemment le visage soit avec la paume de la main, soit avec des compresses imbibées d'eau froide; de vous servir d'un courant électrique intense dont vous appliquerez l'un des pôles sur les côtés du cou, un peu en arrière du muscle sterno-mastoïdien, et l'autre à la région épigastrique : et surtout de faire sentir son action sur le nerf phrénique. Vous nous avez vu recourir avec succès à ces divers moyens. Vous voyez aussi, Messieurs, que nous ne nous décourageons pas trop tôt ; n'oubliez pas en effet, en cas de danger, les observations de malades qui ont recouvré connaissance après une, deux heures, et même plus, d'efforts bien dirigés : d'ailleurs, en agissant ainsi, vous aurez fait tout ce qu'il était humainement possible de faire, et votre conscience sera en repos.

Mais, dans la plupart des cas, les accidents ne se montrent pas aussi graves, et sauf les circonstances relativement rares où ils apparaissent brusquement avec cette violence, ils sont d'ordinaire précédés de symptômes qui permettent au chirurgien de les enrayer dès le début.

La respiration peut être gênée, avons-nous dit, par la paralysie du diaphragme et des nerfs intercostaux ; mais souvent cette gêne est due uniquement à ce que la langue se porte en arrière : comme on dit plus communément, le malade a de la tendance à l'avaler. Dans ce cas, il suffit d'en relever la base, en plaçant la main à la naissance du cou, sous le maxillaire inférieur, et en soulevant l'os hyoïde, ou bien d'en saisir la pointe avec une pince à arrêt, à mors plats et fenêtrés, afin de l'attirer au dehors.

Souvent aussi le chloroforme favorise la production et l'accumulation de mucosités dans l'arrière-gorge et le larynx : c'est une remarque que nous vous avons souvent faite. Il faut alors faire de fréquents nettoyages avec une petite éponge

montée solidement sur nos longues pinces hémostatiques afin de les retirer.

La plupart des chirurgiens recommandent, lorsque des nausées viennent à se produire, de suspendre l'inhalation et de ne la reprendre que lorsque les nausées ont disparu. Je suis d'un avis contraire et je préfère augmenter, à ce moment, la dose de vapeur chloroformique ; c'est le meilleur moyen de faire cesser les mouvements convulsifs sans faire disparaître l'anesthésie. Vous nous voyez constamment dans cet amphithéâtre employer avec succès ce procédé que je recommande surtout pour les opérations de gastrotomie pendant lesquelles la sortie des intestins provoquée par les nausées causerait un embarras sérieux à l'opérateur.

Une dernière recommandation avant d'en finir avec l'éther et le chloroforme : évitez autant que possible de soumettre à leurs vapeurs les individus que l'auscultation vous aura montrés atteints de tubercules pulmonaires, pour les motifs que nous vous avons fait connaître, l'expérience nous ayant prouvé que les dangers de l'anesthésie dans les cas de cette nature sont beaucoup plus à redouter que pour les autres maladies, même celles du cœur et du cerveau.

AMYLÈNE.

L'amylène fut découvert en 1844 par Balard (1) ; mais ce ne fut que douze ans plus tard que l'on reconnut son action physiologique et que l'on songea à l'utiliser dans la pratique

(1) Amylène, $C^{10}H^{10}$ (C^5H^{10} Wurtz), liquide incolore, très mobile, très léger, d'une odeur éthérée assez agréable, bouillant vers 35°. Densité de sa vapeur : 2,386 (Frankland). Wurtz, *Dictionnaire de chimie*. Préparation : on introduit dans une cornue un mélange à volumes égaux d'huile de pommes de terre rectifiée et d'une solution concentrée de chlorure de zinc (marquant 70° à l'aréomètre de Baumé) et l'on distille. L'huile de pommes de terre se dissout d'abord ; l'amylène passe ensuite à la distillation. Le produit contenu dans le récipient est ensuite rectifié au bain-marie et l'on ne recueille que les produits volatils au-dessous de 40°. Ce nouveau produit est d'abord agité pendant quelque temps avec de l'acide sulfurique concentré, et finalement rectifié par une seconde distillation (Z. Roussin, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, p. 173).

courante de la chirurgie. En novembre 1856, John Snow s'en servit pour endormir deux jeunes gens auxquels il arracha des dents cariées ; tout marcha au souhait de l'opérateur, aussi n'hésita-t-il pas à l'employer de nouveau peu après dans des opérations de peu de durée et même, dans le courant de décembre de la même année, pour des opérations d'une certaine importance. A la même date, Fergusson fit une amputation de cuisse et opéra de la taille des malades endormis par ce procédé. Enfin, au mois de janvier 1857, alors que 22 malades avaient déjà été soumis avec succès à l'inhalation de l'amylène, Snow fit connaître sa découverte et les heureux résultats qu'il en avait obtenus à la Société royale de Londres.

Dès lors, les expériences se renouvelèrent fréquemment ; mais, comme j'ai l'intention de ne vous énumérer ici que les observations les plus importantes, je renverrai ceux d'entre vous que cette question intéresserait d'une façon spéciale aux détails complémentaires que contiennent les journaux de médecine de l'époque. Quelques insuccès, sans suites fâcheuses, vinrent au début de son emploi en France inspirer certaines défiances aux premiers qui s'en servirent (1), mais ces insuccès durent être attribués à l'impureté de l'agent ; on le prépara avec plus de soin et ces accidents ne se reproduisirent pas.

Effets physiologiques. — Je crois inutile, maintenant que l'amylène a été employé chez l'homme un grand nombre de fois, de vous rappeler les expériences qui ont été entreprises sur les animaux, expériences qui d'ailleurs n'ont donné lieu qu'à des symptômes physiologiques faciles à constater pour tout le monde. Qu'il me suffise de vous dire que, dans les observations faites à Strasbourg sur des lapins, on a observé deux périodes pendant l'anesthésie : une première, durant d'une demi-minute à deux minutes, caractérisée par la résistance volontaire de l'animal, et de la raideur convulsive avec tremblement se prolongeant pendant

(1) Tourdes, *Recherches sur les effets anesthésiques de l'amylène*, 1857.

le même espace de temps. Chez quelques lapins, cette période a manqué : puis, une seconde survint au bout de quatre minutes environ, dans laquelle les symptômes précédents disparurent pour faire place à une anesthésie aussi complète que celle que l'on obtiendrait avec le chloroforme, à la condition toutefois de prolonger assez l'administration de l'amylène.

L'insensibilité commençait à décroître au moment même où l'on retirait le masque, et le réveil se faisait après une ou deux minutes de respiration à l'air libre, l'animal repassant souvent alors par des phénomènes identiques à ceux qui avaient précédé l'anesthésie totale, c'est-à-dire de la raideur et des mouvements convulsifs. Quant à l'anesthésie, elle débutait toujours dans les membres postérieurs : c'est là également qu'elle persistait le plus longtemps. En somme, un espace de dix minutes était suffisant pour amener le rétablissement complet du sujet en expérience. Cette rapidité s'explique suffisamment par ce fait que, le point d'ébullition de l'amylène étant inférieur à la température animale, il se vaporise brusquement dans les vaisseaux, et est rapidement éliminé par les poumons à l'état de gaz.

Chez les enfants, les choses se passent à peu près de la même façon. Chez l'adulte, les effets sont moins prompts à se produire et à disparaître. D'après les observations de Snow, le temps nécessaire pour amener l'anesthésie varie de deux à six minutes, la quantité de liquide nécessaire de 16 à 100 grammes. Le coma est moins profond qu'avec le chloroforme et l'éther, mais, comme pour ces deux derniers agents, il existe parfois de la rigidité et des mouvements convulsifs. Fait intéressant, chez deux des malades appartenant au service du chirurgien que je viens de vous nommer, l'intelligence a paru subsister quoique la sensibilité fût éteinte ; la respiration, subit une certaine accélération ; le pouls devint également plus fréquent, la face rougit et les opérés ne furent pas pris de nausées.

En résumé l'amylène paraît avoir tous les avantages du chloroforme : nous pourrions même dire qu'il lui est

préférable, car son action sur les premières voies respiratoires n'est pas aussi désagréable; la période d'excitation est presque constamment supprimée ; enfin d'ordinaire le réveil survient beaucoup plus vite et sans aucun des accidents qui signalent la présence du chloroforme dans l'organisme.

Non seulement on s'est servi de l'amylène pour produire l'insensibilité dans les opérations chirurgicales ; il a encore été employé avec succès chez les femmes en couche par les praticiens anglais qui firent ainsi complètement disparaître les douleurs de l'accouchement sans rien enlever de leur force aux contractions utérines (1).

Enfin, Messieurs, en France, Giraldès s'en est servi, avec les plus heureux résultats dans la chirurgie infantile. Dans une communication à la Société de chirurgie, il relate vingt-cinq observations d'enfants de 3 à 10 ans anesthésiés par ce procédé, et dans aucun cas il n'y eut de nausées ni de vomissements (2).

Au point de vue de son action sur l'économie animale, nous sommes autorisés à considérer l'amylène comme n'offrant aucun danger sérieux. On a bien, il est vrai, cité deux cas de mort chez des malades soumis à l'inhalation de ses vapeurs, mais, outre que dans ces circonstances il n'est pas suffisamment prouvé que l'amylène doive être mis en cause, on a pu fréquemment, une fois l'anesthésie obtenue, continuer pendant assez longtemps son administration, sans qu'il survînt d'accident, comme avec le chloroforme.

Cependant l'amylène possède deux inconvénients que je dois vous signaler. C'est d'abord son extrême volatilité ; elle est si grande que, lorsqu'on en verse sur une éponge, on ne tarde pas à voir à sa surface de petits cristaux blanchâtres d'amylène coagulé ; elle force le chirurgien à en user une quantité considérable pour obtenir le résultat qu'il cherche. En second lieu, son inflammabilité est telle qu'il s'enflamme même à distance, que l'on ne peut opérer

(1) Smith-Stoltz, fév. 1857. — (2) Giraldès, *Études cliniques sur l'amylène. Bull. de l'Acad. de médecine*, t. XXII, p. 1118, 1857. — *Bull. de la Société de chirurgie*, t. VII, 1856-57.

à la lumière artificielle et qu'il empêche de se servir du thermo-cautère. C'est là, vous le voyez, un grave inconvénient, mais qui n'explique pas suffisamment, à mon sens, le discrédit dans lequel est tout d'abord tombé cet agent anesthésique avant même que des expériences plus nombreuses aient été tentées sur l'adulte. Presque toutes les observations que nous possédons ont été recueillies sur des enfants; quelques-unes seulement l'ont été sur des adultes, et toutes, lorsque le liquide était pur, ont été concluantes en sa faveur. Je pense donc que l'oubli dans lequel on le tient aujourd'hui n'est que temporaire, et nous ne serions pas surpris de le voir quelque jour apparaître de nouveau sur la scène chirurgicale.

BROMURE D'ÉTHYLE (1)

Il y a peu de temps, notre collègue Terrillon a vanté un nouvel anesthésique, le bromure d'éthyle, dont je vais résumer devant vous les propriétés d'après la communication qui a été faite à la Société de chirurgie, au mois de mars dernier (2).

Comme pour le chloroforme, on verse le liquide sur une compresse que l'on place devant le visage du malade, en ayant soin de lui faire absorber tout d'abord une assez grande quantité de vapeurs : on obtient de la sorte une anesthésie plus rapide qu'avec l'éther ou le chloroforme, mais non sans passer par des phénomènes qu'il est important de signaler avec soin, car ils peuvent jeter le chirurgien dans une grande inquiétude. Si le sommeil arrive généralement d'une façon assez calme, le liquide ne causant pas d'action par trop désagréable et conséquemment ne provoquant pas d'accès de toux, la résolution complète est précédée de con-

(1) Bromure d'éthyle (C^3H^5Bl) prend naissance par l'action du brôme, de l'acide bromhydrique et du bromure de phosphore sur l'alcool. Liquide incolore, transparent, plus lourd que l'eau, bout à 40,°7 (Wurtz, *Dictionnaire de chimie pure et appliquée*). — (2) V. *Paris-médical*, juin 1880 et *Bull. de Thérapeutique*, mai 1880.

vulsions légères, d'une dilatation assez prononcée des pupilles, et surtout d'un brusque afflux de sang à la face et au cou qui ne laisse pas que d'en imposer pour des symptômes d'asphyxie ; de plus, chez les alcooliques, l'anesthésie ne survient que difficilement et après une période d'agitation plus ou moins violente et plus ou moins longue.

La rougeur de la figure, du cou, de la partie supérieure du tronc, persiste tout le temps de l'inhalation ; la respiration et principalement le pouls subissent une accélération assez notable, mais on doit veiller avec le plus grand soin à ce que les mucosités dont la sécrétion est augmentée, ne s'accumulent pas dans le pharynx, et ne portent pas un obstacle sérieux aux fonctions pulmonaires ; on doit les enlever avec une éponge fixée entre les mors d'une pince.

Le réveil se fait avec une grande rapidité ; quelques instants, une minute à peine suffisent pour que le patient reprenne entièrement connaissance ; mais les accidents ultérieurs, nausées et vomissements, communs aux autres anesthésiques que nous venons de passer en revue, ne font pas défaut à celui-ci.

Les expériences en étaient là, lorsque deux cas de mort vinrent refroidir sensiblement la confiance que l'on avait dans le nouvel anesthésique. La première victime fut un malade de Jefferson que l'on devait opérer de la taille, dans le Medical college Hospital et qui expira au moment de l'incision de la peau. Quelque temps après, le professeur Pancoast en rapportait également une observation (1). Le bromure d'éthyle est-il appelé à rendre des services comme agent d'anesthésie locale parce qu'il est peu inflammable ? je ne sais. Nous l'avons employé avec un médiocre succès, entre autres chez une malade du service de notre collègue Guibout. Je crains que, comme anesthésique général, le bromure d'éthyle employé déjà et repoussé en 1849 par Nunneley ne soit définitivement rejeté de la pratique chirurgicale.

(1) *Philadelphia medical Times*, 5 juin 1880, cité par *Paris-médical*, 22 juillet 1880.

BICHLORURE DE MÉTHYLÈNE

Le bichlorure de méthylène n'est plus guère employé maintenant qu'en Angleterre par Spencer Wells. Ses effets physiologiques sont analogues à ceux du chloroforme. Son emploi nécessite un appareil spécial. Plusieurs fois nous nous en sommes servi pour nos malades, et vous en trouverez des observations dans mon livre sur les *tumeurs de l'abdomen et du bassin* (1). Les résultats que nous en avons obtenus ne sont pas des plus encourageants ; outre les nausées et les vomissements qui nous ont paru plus fréquents qu'avec les autres anesthésiques, nous avons fait une remarque qui certes ne manque pas d'importance : il est plus difficile de rappeler à la vie un malade qui sous l'influence de ses vapeurs tombe en syncope que si l'on s'était servi de l'éther ou même du chloroforme. Aussi, depuis longtemps déjà, nous n'en faisons plus usage.

CHLORAL (2)

Je ne vous dirai, Messieurs, que peu de mots sur cet agent qui n'a pas été souvent employé comme anesthésique dans la grande chirurgie. Il a surtout rendu des services dans les petites opérations que l'on pratique chez les enfants : c'est ainsi que, depuis plus de dix ans, notre collègue Bouchut en fait prendre par la voie stomacale une quantité variable suivant l'âge, aux enfants à qui il est nécessaire d'arracher des dents vicieusement implantées, où chez lesquels il doit pratiquer des opérations peu graves.

En 1872, Oré, de Bordeaux, a recommandé l'injection intraveineuse de chloral pour amener l'insensibilité, mais ce procédé que l'expérience a démontré très dangereux, n'est

(1) Péan, *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.* — (2) Chloral (hydrate de chloral) $C^4HCl^3O^3,2HO$.

plus utilisé que dans les laboratoires sur les chiens soumis aux expériences physiologiques.

Forné a vanté la combinaison du chloral avec le chloroforme. Depuis quelque temps, U. Trélat prétend que cette combinaison est réellement avantageuse. Il en donne la veille de l'opération et une petite dose de chloroforme suffit pour obtenir une anesthésie complète pendant le temps nécessaire.

On a également cherché à combiner le chloral avec l'éther. Cette combinaison vaut mieux que celle avec la morphine, mais le réveil est d'ordinaire difficile et suivi de vomissements.

ALDÉHYDE (1)

L'aldéhyde, recommandé en 1848 par Poggiale et employé plusieurs fois par Simpson, est aujourd'hui, en tant qu'agent d'anesthésie, complètement tombé dans l'oubli. Il provoque dans tous les cas une toux violente et les fonctions respiratoires ne s'accomplissent qu'avec une certaine difficulté. En outre, ce liquide s'altère rapidement en s'oxydant à l'air et en se transformant en acide acétique. L'impression désagréable que cause l'inhalation de ses vapeurs, et la difficulté de sa conservation l'ont fait abandonner des chirurgiens.

Pour ne rien omettre, je vous citerai uniquement pour mémoire les liquides suivants qui ont été abandonnés aussitôt qu'expérimentés :

La morphine seule ou combinée avec l'éther, l'huile des Hollandais (1848), le bichlorure d'éthylène, le chlorure d'éthylidène, le chlorure d'éthyle, l'éther acétique, l'acétone, l'hydrure d'amyle, le chloramyle, l'iodure d'amyle, le chlorure d'éthyle, le nitrate d'éthyle, l'azote,

(1) *Alédhyde* ou *hydrure d'acétyle* C^4H^4O (Wurtz), découvert par Dæbereiner en 1821, prend naissance lorsque l'alcool est soumis à des agents oxydants. Liquide incolore, mobile, d'une odeur pénétrante, bout vers 21°.

l'acide carbonique le sulfure de carbone et la fumée du lycoperdon proteus.

MAGNÉTISME

Il ne rentre pas, Messieurs, dans le cadre du sujet que j'ai voulu traiter devant vous, de vous parler des agents qui ont été employés une ou deux fois seulement puis rejetés; mais je ne puis me dispenser de dire quelques mots sur le magnétisme ressuscité il y a peu de temps.

C'est en 1779 que Mesmer publia son *Mémoire sur la découverte du magnétisme* et, dès le commencement, des querelles entre la Société royale de médecine et lui s'élevèrent : ces querelles s'envenimèrent peu à peu et finirent par une rupture complète.

Plus tard, en 1826, une commission fut nommée, dans laquelle on remarque les noms de Guéneau de Mussy, Guersant, Magendie, Husson, qui au bout de cinq ans déposa un rapport dans lequel elle n'osait se prononcer. Cependant, dans l'intervalle, Jules Cloquet (1829) avait publié une observation dont les conclusions auraient dû peser davantage sur l'esprit des membres de l'Académie. Appelé près d'une femme atteinte d'un cancer ulcéré du sein, il avait fait l'ablation de la tumeur alors que la malade était endormie par ce procédé; l'opération avait duré près d'un quart d'heure; pendant ce temps, la malade n'avait pas donné le moindre signe de sensibilité, et les battements du pouls n'avaient pas subi de modification.

Malheureusement, et c'est là certainement ce qui a empêché que des expériences sérieuses fussent entreprises plus tôt sur cet important sujet, le charlatanisme a exploité les effets merveilleux que peut produire le magnétisme : de là l'indifférence, on peut même dire le mépris des médecins pour l'emploi de moyens aussi discrédités. Il n'en est pas moins vrai que, dans les hôpitaux, quelques rares expérimentations eurent encore lieu. En faisant fixer avec insistance une clef, un objet brillant placé à une courte distance devant leurs

13



yeux, Nélaton, alors que j'étais interne dans son service, endormit plusieurs malades auxquels, pendant le sommeil, il put faire des opérations douloureuses.

Aujourd'hui, le sommeil provoqué par des moyens analogues (vifs foyers de lumière projetés sur les yeux, etc.), semble être entré dans une voie véritablement scientifique, grâce aux travaux du professeur Charcot à la Salpêtrière (1); mais les observations sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions conclure d'une façon définitive, et, sans insister plus longuement sur ce sujet dont je devrai vous reparler quelque jour, je passe immédiatement à l'étude d'un agent anesthésique que nous avons récemment étudié devant vous et qui semble appelé par les excellents résultats que nous en avons obtenus à jouer un rôle prépondérant dans la chirurgie de l'avenir.

PROTOXYDE D'AZOTE

Le protoxyde d'azote fut découvert en 1776 par Priestley, mais son action physiologique ne fut étudiée que vingt ans plus tard par Davy qui, en raison de la gaieté qu'il procurait à ceux qui le respiraient, le nomma *Gaz hilariant*. Toutefois, on ne connut que beaucoup plus tard ses propriétés anesthésiques et l'application que l'on pouvait en faire dans la pratique de la chirurgie. Tout le mérite en revient, comme je l'ai dit en commençant, à Horace Wells qui fit la première expérience sur lui-même le 11 décembre 1844. Les débuts ne furent rien moins qu'encourageants pour l'inventeur. L'ignorance et l'envie de ses contemporains lui suscitèrent, avons-nous dit, une guerre acharnée, et le désespoir de se voir arracher par Morton et Jackson le résultat de sa découverte fit qu'Horace Wells mit fin à ses jours le 14 janvier 1848. Son procédé, comme toute œuvre grande et utile, devait cependant faire son chemin.

Le protoxyde d'azote employé pur pendant trente années

(1) *Progrès médical*, 1878.

pour les extractions de dents, et plus rarement pour des opérations de grande chirurgie, ne devait prendre sa place en tête des agents destinés à produire l'insensibilité, qu'à la suite des remarquables travaux de notre ami le professeur Paul Bert.

Les expériences entreprises sur les animaux avec le protoxyde d'azote pur, montre qu'il les tue rapidement si l'on n'en suspend à temps l'inhalation. Le moment qui précède l'asphyxie complète est la période d'anesthésie qui n'est, en somme, obtenue que par l'asphyxie du sujet.

C'est sur ce principe qu'est basé l'emploi de cet agent par les dentistes pour les petites opérations qui se pratiquent sur la bouche et ne nécessitent qu'une insensibilité de quelques secondes. L'opérateur fait respirer le protoxyde d'azote pur au moyen d'un masque qu'il applique sur la bouche du malade, et lorsqu'il voit que ce dernier *vire au bleu*, suivant l'expression consacrée, il suspend l'inhalation et se hâte d'extraire la dent, car l'anesthésie ne persiste alors que pendant un temps extrêmement court.

Dire le nombre de fois que cette méthode a été employée serait complètement impossible. En 1877, Colton disait que, dans les établissements fondés par lui, ce gaz avait été administré à plus de trois cent mille malades. La pratique déjà étendue à cette époque, s'est généralisée depuis. En France où elle a été importée par Préterre, beaucoup de dentistes l'utilisent avec avantage.

D'après ce que je viens de vous dire, vous comprenez parfaitement, Messieurs, que s'il est extrêmement commode d'employer le protoxyde d'azote pur dans des opérations de peu de durée, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de conserver chez le patient une insensibilité de quelques minutes, parfois même d'une heure et plus. Les chirurgiens américains ont cependant pratiqué des ovariotomies dans de telles conditions; pour cela, l'administration du gaz se faisait par intermittences; lorsque l'asphyxie était imminente, on retirait le masque, et pendant quelques secondes on laissait le malade respirer à l'air libre, puis on recommençait à l'anesthé-

sier et l'on continuait ainsi jusqu'à la fin de l'opération, plaçant ou retirant le masque suivant que l'asphyxie menaçait de se produire ou que la sensibilité reparaissait.

Ce moyen, outre qu'il demande une surveillance de tous les instants, est très gênant pour le chirurgien qui est obligé de suspendre son opération à des intervalles rapprochés. Il s'agissait donc de retirer au protoxyde d'azote ses propriétés promptement asphyxiantes, et de la sorte on aurait un anesthésique réunissant presque toutes, sinon toutes les qualités, c'est-à-dire sans action désagréable sur les premières voies respiratoires, plongeant dans le sommeil avec une très grande rapidité, permettant au chirurgien de pratiquer des opérations de longue durée sans avoir à se préoccuper en rien de l'administration du gaz qui peut être confiée à toute personne intelligente, même étrangère à la médecine; enfin, réveil rapide et, à la suite, aucun des inconvénients ou des accidents qui signalent la présence dans l'organisme des autres agents anesthésiques.

Ce programme si compliqué a été résolu, comme je vous le disais tout à l'heure, par Paul Bert. Son nom seul suffirait à vous expliquer la faveur avec laquelle furent accueillies ses découvertes que je ne saurais mieux vous exposer que l'a fait l'auteur lui-même, dans un Mémoire lu à l'Académie des sciences le 11 novembre 1878.

« Le fait, dit-il, que le protoxyde d'azote doit être administré pur (pour obtenir l'anesthésie) signifie que la tension de ce gaz doit, pour qu'il en pénètre une quantité suffisante dans l'organisme, être égale à une atmosphère. Sous la pression normale, il faut pour obtenir ce résultat que le gaz soit à la proportion de 100 pour 100. Mais si nous supposons le malade placé dans un appareil où la pression soit poussée à deux atmosphères, on pourra le soumettre à la tension voulue en lui faisant respirer un mélange de 50 pour 100 de protoxyde d'azote et de 50 pour 100 d'air : on devra donc obtenir de la sorte l'anesthésie, tout en maintenant dans le sang la quantité normale d'oxygène et par suite en conservant les conditions normales de la respiration. »

Les expériences sur les animaux avaient pleinement confirmé ces prévisions, et, pour appliquer à l'homme ce procédé, il ne restait plus qu'à déterminer les proportions du mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, et à chercher sous quelle pression il faut se mettre pour que le protoxyde d'azote soit à la tension 100, c'est-à-dire pour que, chez l'individu qui respire ce mélange, 100 volumes de sang renferment exactement 45 volumes de protoxyde d'azote.

Supposons un mélange de 16 volumes de protoxyde d'azote et de 15 volumes d'oxygène. A la pression ordinaire, la tension du protoxyde d'azote est 85. Il faut qu'elle devienne 100; cela ne pourra avoir lieu qu'à la pression x. On a donc l'équation, en supposant la pression barométrique à 76 c. :

$$85 \times \frac{x}{76} = 100.$$

D'où $$x = \frac{7600}{85} = 89,5$$

Il faudra donc une pression de 89,5 centimètres, c'est-à-dire une surpression de 13,5 centimètres de mercure, pour que la tension du protoxyde d'azote soit égale à 100.

Si dès lors, on se place dans une chambre métallique dont la paroi puisse supporter, au minimum, une pression de 14 centimètres de mercure, on obtiendra l'anesthésie sans asphyxie, en faisant respirer au patient un mélange de 85 parties de protoxyde d'azote et de 15 parties d'oxygène (1). Après l'exposé brillant de la théorie, il s'agissait d'entrer dans la pratique.

Une chambre métallique fut pour la première fois prêtée par le Dr Daupley à notre collègue L. Labbé qui en février 1879 opéra une jeune fille d'un onyxis. L'opération et le pansement consécutif durèrent en tout quatre minutes, de telle sorte qu'il était encore difficile de se prononcer sur le temps pendant lequel les malades pouvaient rester sans dan-

(1) Paul Bert, *De l'emploi du protoxyde d'azote dans les opérations chirurgicales de longue durée.* Conférence faite le 21 fév. 1880 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Péan. — V. *Progrès médical, Gaz. des Hôpitaux, Paris-Médical.*

ger sous l'influence du protoxyde d'azote. Je fis alors un grand nombre d'opérations importantes avec le concours de plusieurs confrères éminents dans les chambres métalliques de l'établissement médico-pneumatique du Dr Fontaine, rue de Chateaudun, qui vinrent pleinement confirmer les conclusions auxquelles Paul Bert était arrivé par le calcul, et me montrer à quel point le nouveau procédé était supérieur à tous les autres agents anesthésiques que nous avions employés jusque-là.

La cloche dans laquelle nous entrions ne différait de celle que vous avez vue maintes fois dans cet hôpital que par ses dimensions plus restreintes. Quelques aides seulement pouvaient assister aux opérations, tandis que maintenant quinze personnes peuvent tenir à l'aise dans la cloche mobile qui a été construite à cet effet, sur notre demande, avec un vrai talent par Fontaine et qui mesure deux mètres de large sur trois et demi de long. La hauteur est d'environ deux mètres soixante-cinq. La lumière y pénètre par dix hublots dont quatre sont situés à la partie supérieure. A côté de la cloche, sur un petit chariot, se trouve une pompe à bras à double corps, avec piston liquide, pouvant donner de 400 à 600 litres d'air à la minute, et un récipient en tôle contenant 350 litres de mélange anesthésique gazeux, comprimé à 10 atmosphères (soit 3 mètres cubes 1/2 à la pression ordinaire). Trois robinets que l'on peut ouvrir et fermer à volonté sont fixés aux parois de la cloche : le premier fait communiquer le récipient extérieur qui contient le protoxyde d'azote et le sac en caoutchouc qui se trouve sous le lit d'opération ; le second communique avec un sifflet destiné à donner facilement des ordres à l'équipe des pompes ; quand au troisième, il permet de faire varier la pression à l'intérieur de la cloche, donnant issue lorsqu'on l'ouvre à l'air qui y est contenu (1).

Donc, une surpression de 13 centimètres de mercure étant obtenue à l'intérieur de la cloche, et une certaine quantité de

(1) V. Fontaine, *Union médicale*, 1879.

gaz ayant été amenée dans le sac en caoutchouc, on peut commencer l'inhalation. Pour cela, on applique sur la face du malade un masque recevant au sommet de la partie tronquée le tube qui le met en communication avec le réservoir de protoxyde. Lorsqu'il est bien placé, quand on a constaté que l'air atmosphérique ne peut pas pénétrer par les côtés, on ouvre le robinet, et par le jeu des soupapes ingénieusement disposées, le patient n'absorbe que du mélange anesthésique et peut expirer sans difficulté, sans gêne aucune, le gaz précédemment inhalé. Au bout de combien de temps, et à la suite de quels phénomènes se produira l'anesthésie? C'est ce qu'ont appris les grandes opérations que nous avons déjà pratiquées.

Des nombreuses observations qui précèdent, et qui ont été confirmées par ceux de nos collègues des hôpitaux qui ont bien voulu faire usage de ce procédé, nous pouvons tirer des conclusions formelles que je vais vous résumer en peu de mots.

Et d'abord, il est un fait qui certainement n'aura pas manqué d'attirer votre attention : c'est la rapidité incroyable avec laquelle le malade est plongé dans le sommeil, surtout si, au lieu de s'en tenir à 13 ou 15 centimètres de surpression, on monte jusqu'à 25 ou 27. Dans tous les cas, l'anesthésie survient généralement en moins d'une minute, et les exemples sont nombreux d'individus qui ont été sidérés en trente et même quinze secondes. Ici, nous ne voyons aucun de ces phénomènes inquiétants qui accompagnent l'inhalation de l'éther ou du chloroforme : pas de toux, pas de gêne respiratoire, pas d'excitation, car c'est à peine si dans de rares circonstances, chez des alcooliques ou des hystériques, nous avons constaté quelques mouvements aussitôt réprimés par une légère augmentation de pression — 1 ou 2 centimètres en plus de la pression intérieure de la chambre. — Le sommeil est des plus calmes ; quelques malades parlent pendant qu'on les opère, mais il suffit, comme je viens de vous le dire, d'augmenter la pression pour les faire taire.

On pourrait croire que, pour les opérations qui se prati-

quent sur la face, on éprouvera quelque difficulté à cause de la présence du masque ; les opérations sur le nez et la bouche seraient, notamment, impossibles.

Eh bien ! Messieurs, il n'en est rien ; vous pouvez maintenir le patient dans l'insensibilité la plus complète pendant plusieurs minutes sans lui faire respirer pendant tout ce temps du protoxyde d'azote : vous n'avez pour cela qu'à attendre que le manomètre marque 105 ou 110 centimètres pour commencer l'inhalation, et à laisser le masque devant la figure du malade pendant une minute et demie ou deux minutes. C'est en agissant de cette façon que nous avons pu opérer plusieurs cancroïdes de la lèvre et vous avez sans doute remarqué en lisant les observations, qu'un de nos malades suivit pendant six minutes les détails de l'opération que l'on pratiquait sur lui sans ressentir de douleur. Enfin le réveil qui se fait de la façon la plus naturelle est plus prompt qu'avec aucun des anesthésiques employés jusqu'ici : tous nos opérés ont recouvré l'intelligence moins d'une minute après la cessation de l'administration du gaz et, alors même que l'on faisait des points de suture ou que l'on procédait au pansement, causaient avec les personnes qui se trouvaient près d'eux et entretenaient la conversation avec une grande lucidité d'esprit.

La différence est grande, comme vous voyez, avec le chloroforme, l'éther ou les autres agents que nous avons étudiés et qui laissent tous après eux des suites extrêmement désagréables, somnolence, céphalalgie, nausées, qui n'existent pas avec le protoxyde d'azote.

Jusqu'ici donc, les avantages de la nouvelle méthode ne peuvent être l'objet d'aucune contradiction : il ne nous reste qu'à discuter les objections qui ont été faites et qui se rapportent pour la plupart aux difficultés matérielles qu'entraîne nécessairement le transport d'une chambre métallique pouvant supporter une certaine pression.

Dans les grandes villes, la chose sera des plus simples ; la chambre mobile pourra être transportée au domicile des malades à opérer, ses dimensions que l'on restreindra autant

que possible lui permettant de passer sous les portes cochères. Diverses opérations seront également pratiquées dans les établissements d'aérothérapie sur des malades dont l'état ne s'opposera pas à un certain déplacement. Pour les grands centres de population, il n'existe donc aucun embarras ; il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de la chirurgie d'armée et de la chirurgie de campagne. Il s'écoulera évidemment un temps assez long avant que l'on puisse parer à cet inconvénient, mais je pense que le dernier mot n'est pas encore dit dans cette question et que l'on arrivera par des perfectionnements successifs à pouvoir utiliser partout cette excellente méthode.

A l'hôpital, la cloche métallique qui ne peut recevoir qu'une quinzaine de personnes est absolument insuffisante. Une chambre ayant à peu près les dimensions de cet amphithéâtre est nécessaire, dans laquelle on puisse exercer une surpression de 30 centimètres, pour qu'un nombre considérable d'auditeurs suivent toutes les opérations. En établissant à côté une petite antichambre dans laquelle les malades attendront leur tour, les opérations se succéderont sans intervalle, sans qu'il soit nécessaire de décomprimer et de comprimer alternativement pour la sortie et l'entrée des opérés. Les malades auront, en outre, l'avantage de ne pas traverser la cour pour rentrer dans les salles, ce qui, par un temps froid, même avec les précautions minutieuses que nous prenons, offre des dangers qui seront complètement évités.

Je ne vous parlerais pas, Messieurs, de l'action de l'air comprimé sur les personnes qui se trouvent dans la cloche, si l'on n'avait récemment fait grand bruit autour d'une perforation du tympan qui se serait produite dans ces conditions. On ne peut expliquer cet accident que par un état maladif antérieur ; vous savez, en effet, que, journellement, dans les établissements d'aérothérapie, la compression de l'air dans les chambres pour le traitement des maladies de la poitrine ou des oreilles, est portée à un degré beaucoup plus élevé que celui que nous atteignons pour opérer, sans aucun inconvénient pour ceux qui y sont renfermés. C'est à peine si la

première fois, alors qu'on n'est pas encore habitué, on ressent dans l'oreille moyenne une douleur ayant pour cause l'obstruction de la trompe d'Eustache qui empêche la libre communication de l'air contenu dans la caisse avec l'air extérieur. Quelques mouvements de déglutition que l'on fait ensuite instinctivement lorsqu'on s'est soumis plusieurs fois à l'expérience suffisent généralement pour faire cesser ce léger inconvénient ; dans le cas où l'on n'y parviendrait pas par ce moyen, on abaisserait brusquement la pression de 1 ou 2 centimètres : la douleur disparaît instantanément.

Nous avons vu parfois de nos confrères hésiter à entrer dans l'air comprimé sous prétexte qu'ils avaient mal à la gorge, craignant que par suite de l'inflammation de la trompe d'Eustache il ne se produisît une douleur trop vive ; l'air comprimé est cependant un des meilleurs remèdes que l'on puisse appliquer dans les cas de ce genre, et vous n'ignorez pas les services que rendent ces bains d'air à ceux qui en sont affectés.

Messieurs, je résume en quelques mots ces observations que je tenais à vous soumettre au sujet des agents anesthésiques que nous avons aujourd'hui en notre pouvoir.

Le protoxyde d'azote administré sous pression, est, sans conteste, le meilleur des anesthésiques : nos faits extrêmement nombreux le prouvent ; malheureusement, des difficultés matérielles s'opposent encore à son emploi dans la chirurgie de campagne et d'armée où le chloroforme et l'éther seront employés de préférence ; dans les villes, on transportera la chambre métallique au domicile des malades que l'on pourra aussi opérer dans les établissements aérothérapiques ; quant aux hôpitaux, j'espère que l'administration, d'accord avec les pouvoirs publics, voudra bien faire droit à notre demande et établir une salle blindée, recevant le jour par des fenêtres à verres très épais, construite en un mot sur le modèle de la cloche que vous avez sous les yeux. Les objections que l'on pourrait élever contre la dépense, s'inclineront, j'en suis certain, devant le profit que sont appelés à en retirer les malades qui nous sont confiés.

PROTOXYDE D'AZOTE.

A. — LUXATIONS.

Obs. XII. — 15 *mai* 1879. — Réduction d'une luxation de l'épaule chez un fort de la Halle d'une vigueur peu commune. La luxation remonte à trois jours. L'anesthésie survient au bout de 30 secondes et dure 9 minutes. Au début, la pression intérieure est de $0^m,20$ de mercure. Au bout d'une minute d'inhalation, le malade est pris de contractures généralisées, excepté dans le membre luxé. On fait alors une surpression de $0^m,02$ et en une minute il se produit un relâchement complet.

On fait alors avec l'appareil Mathieu une traction de 105 kilogrammes sur le membre luxé, puis on s'arrête : l'appareil faiblit de 5 kilogrammes; on est alors à la quatrième minute de l'anesthésie. Tout d'un coup surviennent de violentes contractures, excepté dans le membre luxé : le malade gesticule, a du délire et on a peine à l'empêcher de se mettre « en chien de fusil », en lui maintenant les jambes. L'appareil faiblit et n'exerce plus qu'une traction de 75 kilogrammes. On augmente alors la pression de $0^m,02$, ce qui porte à $0^m,24$ la pression intérieure : les contractures diminuent, mais le malade délire toujours. On porte finalement la surpression à $0^m,26$: le malade a toujours le délire. On fait alors manœuvrer l'appareil et la luxation est réduite à 100 kilogrammes de traction. Le réveil est instantané.

Le patient déclare n'avoir rien senti. Dans son rêve, il prend l'opérateur pour un marchand de vin qui serait allé chercher un commissaire de police, etc. Aussitôt après son réveil, il demande un verre de vin. La sensibilité revient au bout de 4 minutes seulement.

Cet homme est fortement alcoolique. Il avoue avoir journellement recours au « système des tailleurs de pierre », qui consiste à « boire cinq litres de vin en une heure, pour se griser. « Si, dit-il, je reste deux heures à boire mes cinq litres, cela ne me fait rien. »

Obs. XIII. — 27 *mai* 1880. — Guéri, 50 ans, luxation du coude. Anesthésie 35 secondes. On commence à 60. Réveil : parle après 50 secondes. Dit n'avoir pas senti.

Obs. XIV. — 3 *juin* 1880. — Sicot, 74 ans, salle Sainte-Marthe, 34. Luxation du coude droit. Anesthésie : 105 secondes. Un peu de raideur. Résolution complète après 4 minutes. Réduction, 1 minute 30 secondes. Réveil : parle après 40 secondes. La résolution musculaire persiste une minute et demie après que le masque a été enlevé.

B. — AMPUTATIONS.

Obs. XV. — 20 *mars* 1879. — Homme de 50 ans environ. Il y a trois ans, ce malade fut opéré d'une tumeur siégeant au niveau de la malléole interne de la jambe droite. Cette tumeur, ayant récidivé, nécessita une nouvelle opération.

Malade alcoolique. Anesthésie complète après 65 secondes d'inhalation du protoxyde d'azote. Légère agitation au début. Désirant autant que possible conserver le membre du malade, nous essayons d'abord d'enlever la tumeur à l'aide du thermo-cautère. Mais après avoir fait une incision cruciale et rabattu les lambeaux, nous constatons que la tumeur remonte très haut en arrière du tibia et nous amputons la jambe à sa partie moyenne, par la méthode circulaire.

Les deux temps de l'opération, dans l'intervalle desquels la porte de la chambre fut ouverte, durèrent une heure dix minutes. Quatre aides et dix autres personnes se trouvaient dans la chambre. La température initiale de 13° s'est élevée rapidement à 18° et s'y est maintenue. Pression maximum à l'intérieur de la chambre = 106, soit une surpression maximum de $0^{m},30$ de mercure.

Obs. XVI. — 1[er] *mai* 1879. — Jeune homme de 18 ans. A eu la main blessée par un trait de scie. Nous désarticulons le médius. Le malade est craintif, redoute le mal et ne veut pas se laisser endormir. Il veut empêcher qu'on le maintienne et agite bras et jambes pour éviter qu'on l'approche, fait des mouvements de tête pour éviter la muselière. On la lui applique cependant sur la face et on la maintient malgré ses efforts. A peine a-t-il fait deux inspirations qu'il n'offre plus aucune résistance. Légère contracture des jambes et des doigts qui cesse presque immédiatement.

L'opération dure une minute. Aussitôt achevée, on enlève le masque : des mouvements se produisent, des contractures légères apparaissent, qui cessent après réapplication du masque ; elles persistent cependant dans la jambe, à un très faible degré. Le pansement dure quatre minutes. Anesthésie parfaite pendant toute l'opération. Avant l'opération le pouls est à 104, il tombe à 96 pendant l'opération, puis remonte à 104 après l'opération. La respiration est à 24. Pupille légèrement contractée.

Dès qu'on a enlevé la muselière, le malade revient instantanément à lui et demande ce qu'on lui a fait. L'analgésie persiste environ une minute après la cessation de l'inhalation.

Obs. XVII. — 17 *juin* 1880. — Denis Casimir, 52 ans, cocher, alcoolique. Nécrose de la phalange et du premier métatarsien gauches. Anesthésie : 90 secondes. On commence l'opération. Excitation, contracture. Le malade s'agite et prononce des paroles inarticulées ;

puis il entretient la conversation pendant qu'on l'opère. Réveil, 60 secondes. Dit n'avoir rien senti.

C. — RÉSECTIONS.

Obs. XVIII. — 4 *juillet* 1879. — Garçon de seize ans, Résection d'un bout du péroné dépassant un moignon ancien. L'anesthésie survient en 30 secondes. Elle dure 7 minutes. Pression initiale, 0,m20. Au bout de 2 minutes d'inhalation, un peu de contracture, qui disparaît à une pression de 0m,22. L'opération se fait dans d'excellentes conditions, sans troubles ni de la circulation, ni de la respiration.

Obs. XIX. — 4 *juillet* 1879. — Homme de vingt-cinq ans, très robuste. Amputation du gros orteil et résection de la tête du premier métatarsien. Pression initiale, 0m,20. Durée de l'opération, 6 minutes, Anesthésie au bout de 45 secondes. Contractures assez fortes, respiration haletante et verbiage. On augmente la pression de 0m,02, puis de 0m,04 : les contractures cessent, mais le verbiage continue. L'opération se fait très bien. Le malade déclare n'avoir rien senti. Pas de troubles de la circulation.

D. — OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LES OS.

Obs. XX. — 29 *mai* 1879. — Jeune fille de douze ans, nerveuse. Évidement d'une portion du tibia pour carie centrale. L'anesthésie survient en 30 secondes. L'opération dure 17 minutes. Vomissements. Légère contracture au début. Très peu d'agitation. Pupilles contractées. Sang rutilant. Pouls = 140. Respiration = 40. Les suites de l'opération sont bonnes.

Obs. XXI. — 19 *juin* 1879. — Homme de vingt-deux ans. Extraction de séquestres du fémur. Incision de 20 centimètres faite avec le thermo-cautère. L'anesthésie est obtenue en 30 secondes. L'opération dure 17 minutes. Pupilles contractées. Avant le sommeil, respiration = 42; pendant : respiration = 20. Rêves. Réveil en 2 minutes. Suites bonnes.

E. — NÉVROTOMIE.

Obs. XXII. — 3 *avril* 1879. — Assisté de MM. Rottenstein, P. Regnard, Laffont, R. Blanchard, Lutaud et A. Brochin, nous opérons sous l'une des cloches de l'établissement de M. Fontaine. Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, souffrant horriblement depuis plus d'un an d'une névralgie du nerf sous-orbitaire qui était restée rebelle à tous les moyens employés pour la combattre. Nous avions

intentionnellement choisi un malade souffrant beaucoup, une opération très douloureuse et devant être pratiquée sur la face. Le masque employé la première fois a dû être remplacé par un gros tube en caoutchouc durci qu'on introduit dans la bouche pendant qu'on pince le nez pour empêcher l'air de pénétrer dans les voies respiratoires. Malgré la mauvaise disposition des appareils, qui a été cause que le malade s'est réveillé quelques secondes pendant l'opération, le résultat est bon. On fait une surpression de $0^m,17$ de mercure. L'opération, qui consiste à mettre à nu le nerf sous-orbitaire pour en réséquer le plus possible, dure 12 minutes, pendant lesquelles le malade ne se réveille que quelques secondes : tout le reste du temps, il est profondément anesthésié. Son pouls est monté à 136, mais il est aussitôt redescendu à 96. La respiration, pendant un temps très court, est devenue très précipitée. Aussitôt l'opération achevée, le malade se réveille, déclare n'avoir rien senti et ne plus sentir du tout l'atroce douleur dont il souffrait depuis plus d'un an ! Il se lève et n'éprouve aucune espèce de malaise. Il a été employé pendant cette opération environ 200 litres du mélange gazeux, mais il en a été perdu une certaine quantité.

F. — ABLATION DE TUMEURS.

1° *Tête.*

Obs. XXIII. — 15 *mai* 1879. — Femme de trente-neuf ans, hystérique. Extraction d'une loupe. Nous commençons l'opération à une surpression de $0^m,20$ de mercure. Survient un peu de contracture, qui disparaît à $0^m,22$. Le pouls et la respiration restent normaux.

Obs. XXIV. — 10 *juillet* 1879. — Homme de quarante ans. Tumeur mélicérique de la région temporale gauche. On entre dans la chambre à 11 heures 50 minutes. Respiration = 30. Pouls = 112. Début de l'inhalation à 11 h. 53 min. ; de l'opération, à 11 h. 53 min. 30 sec. A ce moment, le pouls est à 100, la respiration est normale. Pas de contractures. La cornée est insensible. Le malade ronfle. A 11 h. 55 min. ; le pouls est à 104. L'opération cesse à 11 h. 56 min. 30 sec. : elle a donc duré 3 minutes. Le malade revient instantanément à lui et répond aux questions qu'on lui pose. Il a rêvé de sa femme qu'il a récemment perdue. La sensibilité ne revient qu'à 11 h. 57 minutes.

Obs. XXV. — 10 *juin* 1880. — Laurence Ferrand, femme de 41 ans. Kyste sébacé de la région temporale droite, gros comme une noix, Anesthésie : 75 secondes, mais la malade parle tout le temps de l'opération ; à 100 secondes, elle dit qu'on peut commencer, puis elle

se met à prier, « se place sous la protection du bon Dieu. » Cesse de parler un peu avant la fin de l'opération. On retire le masque. Réveil : 20 secondes.

2° *Lèvres.*

Obs. XXVI. — Simon, 65 ans. Cancroïde de la lèvre inférieure. On commence par 3 minutes ; jusque-là, le malade dit sentir; on ôte le masque : contracture, agitation. On redonne le protoxyde, puis on retire le masque. On pratique l'opération (incision en V), et l'on met les points de suture sans que le malade se plaigne. Il sort seul de la clocheet s'en retourne chez lui à pied.

3° *Aisselle.*

Obs. XXVII. — 24 *avril* 1879. — Femme de cinquante-huit ans, atteinte d'insuffisance mitrale. Ablation d'une grosse tumeur cancéreuse de l'aisselle ayant récidivé et présentant des adhérences. L'anesthésie survient au bout d'une minute et demie. L'opération dure 26 minutes, pendant lesquelles l'insensibilité est complète. La malade vomit, ce qui tient à ce que le gaz est renfermé dans un sac neuf. Ce sac, en caoutchouc vulcanisé, aurait dû être débarrassé par un lavage intérieur des vapeurs sulfureuses qu'il pouvait émettre. L'insensibilité persiste quatre minutes après le retour de la connaissance. La malade absorbe 230 litres de gaz.

4° *Pieds.*

Obs. XXVIII. — 24 *avril* 1879. — Garçon de quatorze ans. Excision au bistouri et aux ciseaux de deux tumeurs papillaires du pied gauche datant de dix ans. On comprime en 2 minutes 5 secondes. L'anesthésie survient au bout de 15 secondes. L'opération dure 6 minutes. A la troisième minute, le masque, trop grand et mal appliqué, laisse passer l'air extérieur : le patient présente alors de l'agitation, crie aussitôt, a un léger opisthotonos et un peu de contracture qui persiste pendant tout le reste de l'opération, alors même que l'anesthésie est complète. La respiration reste normale. Le pouls avant l'anesthésie est de 80 par minute. A la troisième minute de l'anesthésie, au moment de l'entrée de l'air, il monte à 130, puis redescend à 112, où il se maintient. Après l'opération, il redescend à 76. Le malade a absorbé 70 litres de gaz.

Obs. XXIX. — 1er *juillet* 1880. — Cayla, Anna, femme de quarante ans. — Kyste gros comme une noix siégeant à la partie interne du pied droit, au niveau de l'articulation de la première phalange avec le premier métatarsien. Anesthésie : 45 secondes. Thermo-cautère.

La malade rit aux éclats pendant toute la durée de l'opération; elle ne raconte après que très incomplètement ce qu'elle a rêvé.

Obs. XXX. — 22 *juillet* 1880. — Toussaint, homme de quarante-six ans. Exostose sous-unguéale du gros orteil droit. Anesthésie : 90 secondes. Ablation avec le bistouri. Réveil : 45 secondes.

5° *Mamelle.*

Obs. XXXI. — 27 *mars* 1879. — Sous la direction de M. Paul Bert, avec l'assistance de MM. Rottenstein, P. Regnard, R. Blanchard, Nitot et A. Brochin, nous opérons, sous l'une des cloches à air comprimé de l'établissement aérothérapique de M. le Dr Fontaine et sous une pression de 0m,17 à 0m,19 de mercure, une malade de l'hôpital Saint-Louis atteinte d'un carcinome de la glande mammaire.

On avait emmagasiné dans un vaste sac en caoutchouc et dans plusieurs ballons annexés 200 litres d'un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, dans la proportion de 14,8 d'oxygène pour 85,2 de protoxyde d'azote. La compression commence à midi 58 minutes; l'inhalation à 1 h. 9 min. ; la pression était alors à 0m,18. La malade n'a donné aucun signe d'agitation, elle n'a fait aucun mouvement, elle était dans un état de calme et de relâchement complet, lorsque je commençai, à 1 h. 10 min. 15 sec., la double incision elliptique circonscrivant la tumeur. La malade n'a donné à ce moment aucun signe de sensibilité. Le sein était enlevé à 1 h. 12 min. L'application des pinces hémostatiques prend environ deux minutes. A 1 h. 12 min., on remplace l'un des ballons de gaz épuisé : la malade, qui jusque-là était restée dans une immobilité absolue, fait alors un léger mouvement des deux jambes. A 1 h. 15 min., léger réveil : la malade dit quelques mots, porte la main à la plaie et paraît sentir quelques douleurs, mais sans se douter que l'opération est faite. On reprend l'inhalation un instant interrompue. Repos absolu, pendant que nous procédons à la réunion, de 1 h. 15 min. à 1 h. 20 min. A 1 h. 20 min., on enlève le sac de protoxyde d'azote. Le pansement est fait sous l'air comprimé. La malade a respiré 160 litres de gaz en 14 minutes, durée totale de l'opération.

A 1 h. 22 min. 55 sec., tout étant terminé, la malade, complètement réveillée, s'aide quand on la soulève pour passer le bandage de corps. A 1 h. 25 min., elle descend seule du lit d'opération sans aucun aide.

Le pouls, compté avant l'inhalation, était à 60. Au commencement de l'inhalation, il était monté à 104; quand l'anesthésie a été complète, il est retombé à 60. Au moment du premier éveil passager, il était remonté à 92 et est redescendu à 68 dès que l'anesthésie a été

reprise. Au réveil définitif, il était à 84. Dix minutes après la sortie de la cloche, il était à 76.

Obs. XXXII. — 8 *mai* 1879. — Femme de quarante-quatre ans, asthmatique. L'anesthésie survient au bout d'une demi-minute. L'opération dure 6 minutes. Aussitôt qu'on a enlevé le masque, la malade reprend connaissance et demande à boire, mais elle ne recouvre la sensibilité qu'au bout de 2 minutes. Le pouls est très faible et à 84. Les suites de l'opération sont très bonnes.

Obs. XXXIII. — 22 *mai* 1879. — Femme de cinquante ans. L'anesthésie survient en 2 minutes. L'opération dure 12 minutes. Faible contracture, surtout du côté droit. L'anesthésie persiste 3 minutes après le réveil.

Obs. XXXIV. — 24 *juillet* 1879. — Femme quarante-cinq ans. Tumeur cancéreuse du sein gauche. Avant l'opération, le pouls est à 100, la respiration à 18. On entre dans la cloche à midi 3 minutes. On comprime à $0^m,29$. L'inhalation commence à 12 h. 6 min. 30 sec. L'anesthésie survient à 12 h. 6 min. 40 sec. Début de l'opération à 12 h. 7 min., à 12 h. 11 min., faibles contractures qui cèdent à une surpression de $0^m,02$. Respiration = 40 à 48.

L'opération dure 10 minutes. Quand elle est terminée, le pouls est à 100, la respiration à 20.

Il ne reste pas assez de gaz pour continuer l'anesthésie pendant qu'on fait le pansement. La malade reprend connaissance. Elle ne perçoit la douleur qu'à 12 h. 21 min., c'est-à-dire 4 minutes après qu'on a cessé l'inhalation, et encore ne la perçoit-elle que très obtuse pendant près de 3 minutes.

Obs. XXXV. — Femme de soixante-quinze ans. L'opération dure 24 minutes et se fait dans les meilleures conditions. M. H. Guéneau de Mussy assiste à l'opération.

Obs. XXXVI. — 20 *mai* 1880. — Hérissé Julie, 59 ans, couturière, salle Sainte-Marthe, 54. Épithelioma de la région mammaire droite, adhérences profondes, pas de ganglions, tumeur grosse comme un gros œuf de poule. Peau adhérente, violacée. On commence après 75 secondes d'inhalation. Anesthésie complète. A 40 secondes, on demande à la malade si elle est endormie; elle répond « non ». A 70, on lui pose la même question, et elle répond « *oui* ». Après l'ablation de la tumeur qui dure 13 minutes, on suspend l'administration du protoxyde pendant 1 minute 15 secondes; la malade ne se réveille pas. Points de suture et pansement : 10 minutes. On ôte le masque; parle après 20 secondes. N'a rien senti; ne sait pas si elle a été opérée.

Obs. XXXVII. — Foncière Nathalie, 60 ans, sans profession, salle Sainte-Marthe, 36. Cancer du sein droit. On commence l'opération 3 minutes après l'application du masque. Parle 16 secondes

après qu'on a retiré le masque. Durant l'opération, récite des litanies.

Obs. XXXVIII. — 8 *juillet* 1880.—Toussaint Louise, 55 ans, domestique, salle Sainte-Marthe, 48. Cancer du sein gauche, amputation du sein. Anesthésie : 25 ou 30 secondes (?) Durée de l'opération, une demi-heure. Le masque n'a pas été retiré plus de deux minutes ; sommeil calme, tranquille ; pas la moindre agitation ; ne parle pas. Réveil : 35 secondes. Parle après une minute, dit n'avoir absolument rien senti.

Obs. XXXIX. — Debout Augustine, 50 ans, salle Sainte-Marthe, 46. Squirrhe du sein gauche, ganglion axillaire adhérent à la peau. Anesthésie : 35 secondes. Durée de l'opération : une demi-heure.

Obs. XL. — Stengel, 41 ans, journalière. — Squirrhe du sein gauche. Anesthésie : 50 secondes. Répond 110 secondes après qu'on a retiré le masque.

Obs. XLI. — Berché Ferdinand, 32 ans, maçon. — Petit fibrôme de la grosseur d'une noix à trois centimètres au-dessous du mamelon gauche. On commence à 40 secondes. Le malade dit qu'on le pique, puis ne sent plus rien et parle avec les personnes présentes. Tombe dans la résolution et ne parle plus vers la fin de l'opération. Réveil, parle après 70 secondes.

Obs. XLII. — 17 *juillet* 1879. — Femme de quarante-cinq ans, hystérique. Ablation de la tumeur avec le thermo-cautère. Anesthésie au bout d'une minute. Durée de l'opération, 9 minutes. Cris et pleurs. Pouls = 108. Respiration = 28. N'a rien senti. L'insensibilité persiste 3 minutes après qu'on a cessé l'inhalation.

Obs. XLIII. — 17 *juillet* 1879.— Femme de vingt-cinq ans, hystérique. Ablation de la tumeur à l'aide du thermo-cautère. Insensibilité au bout d'une minute. L'opération dure 4 min. 40 secondes. Pouls = 114. Respiration = 28. Légère agitation. La malade ronfle. Délire au réveil. L'anesthésie persiste encore 3 minutes. Après le réveil, quelques nausées.

On voit que, dans toutes ces opérations, le sommeil a été rapide et le réveil agréable. Il est également intéressant à faire remarquer que tous les malades endormis par ce procédé ont guéri bien que quelques-uns fussent dans un état de santé déplorable et qu'aucun n'a eu d'accidents consécutifs.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE IER

PLAIES ET CONTUSIONS

---

§ Ier

PLAIES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS

Cinq observations. — Dans les deux volumes précédents, les objets vulnérants avaient été le plus souvent des fragments de verre (vitres ou bouteilles). Cette fois-ci nous avons eu à soigner trois fois des coups de couteau. Dans deux cas, ils avaient été donnés dans des rixes et des attaques nocturnes : il y eut des plaies du cou et de la poitrine; dans le troisième, la cuisse fut coupée assez profondément à la suite d'un accident; nous allons y revenir.

La plaie du cou de l'observation I intéressait la peau, le peaucier, la jugulaire externe, l'aponévrose cervicale superficielle, la jugulaire antérieure, le muscle omoplato-hyoïdien, et la portion claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien. Immédiatement après le coup, une hémorrhagie abondante s'était déclarée; le blessé était affaibli et anémié, lors de son entrée dans la salle. Aussitôt après que nous eûmes nettoyé la plaie et enlevé les caillots, de nouvelles hémorrhagies se produisirent, nous les arrêtâmes immédiatement par l'application de sept à huit pinces hémostatiques. La plaie du cou guérit sans autre accident; mais une autre que le même individu avait reçue dans l'aisselle donna lieu

à un phlegmon circonscrit. Le précédent volume (Clin. 1876) renferme l'histoire d'une autre plaie de la région postérieure du cou (Obs. II, p. 364) que l'on pourra comparer à celle-ci.

L'obs. II est relative à une autre plaie de la paroi thoracique par coup de couteau ; rien à noter sauf une perte de connaissance après l'accident.

En somme nous trouvons dans nos travaux publiés depuis 1875, la relation de 6 plaies de poitrine par coups de couteau, 3 à la suite de tentatives de meurtre, deux consécutives à des suicides et une à un accident. Deux fois la plaie a pénétré jusque dans la cavité pleurale et intéressé le poumon (Clin. de 1875, obs. IV, p. 186. — Clin. de 1876, obs. III, p. 364). Dans le second de ces cas il s'agissait d'une blessure volontaire ; un seul cas a été mortel par suite d'accidents pleuraux tardifs (Clin. de 1875, obs. V, p. 187).

Parmi nos autres faits, celui de l'obs. V mérite une mention particulière. Il est relatif à une plaie de l'index faite par une scie circulaire ; le tendon du fléchisseur avait été coupé. Nous fîmes l'occlusion et nous soutînmes le doigt par une atelle dorsale, la plaie guérit sans accidents ; malheureusement il y eut une ankylose des deux dernières phalanges et nous dûmes les amputer sur la demande du malade parce que le doigt immobilisé en partie lui était plus nuisible qu'utile pour son travail. C'est là un fait des plus propres à montrer la gravité des plaies des doigts par scies. Trois cas rapportés dans nos volumes ont présenté des accidents graves ; une première fois, le blessé fut enlevé par le tétanos (Clin. de 1875, obs. XII, p. 190) ; une deuxième nous eûmes encore un tétanos et nous fûmes obligés d'amputer à cause de lui l'auriculaire tout entier (Clin. de 1876, obs. XIII, p. 369). Dans le cas actuel, il n'y a point eu d'accidents immédiats, mais nous avons dû nous résigner à sacrifier tardivement deux phalanges ankylosées.

Un mot seulement sur l'obs. VI. La plaie de la cuisse avait été faite par un couteau de boucher. C'est la deuxième que je vois depuis quatre ans dans des conditions à peu près analogues. La première fut de beaucoup la plus grave. Pen-

dant son travail ce boucher se frappa la cuisse d'un coup de couteau ; l'instrument était dirigé de haut en bas avec une certaine force. L'artère et la veine fémorale furent coupées. Heureusement que pendant quatre heures consécutives on fit de la compression digitale ; au bout de ce temps j'appliquai de fortes pinces sur les vaisseaux divisés et la guérison eut lieu très vite et sans accidents. Le malade de l'observation actuelle s'était coupé en rencontrant un couteau placé sur une table et dont le tranchant faisait saillie au delà du bord, la plaie était moins profonde et l'hémorrhagie s'était arrêtée spontanément quand il entra à l'hôpital.

A. — COU

Obs. I. — *Coup de couteau* (*Régions sterno-mastoïdienne et sus-claviculaire du côté gauche*). *Section complète de la jugulaire externe. Section partielle de la carotide. Hémorragies veineuses répétées. Pincement. Plaies de l'aisselle et de la main. Phlegmon circonscrit de l'aisselle. Guérison.* — Gaspar Louis, dix-neuf ans, terrassier, entre le 11 décembre 1876, salle Sainte-Marthe, 3. Il aurait été attaqué la nuit dernière par deux hommes qui, dit-il, lui ont porté plusieurs coups de couteau. Des gardiens de la paix le ramassèrent évanoui, et après un premier pansement, l'amenèrent à l'hôpital.

A la visite on constate sur la partie latérale gauche du cou deux plaies profondes à bords nettement tranchés, superposées et séparées par un pont de peau large d'un demi-centimètre. Elles sont obliques et s'étendent sur une longueur de 9 centimètres, de l'angle du maxillaire inférieur vers le sternum en longeant le bord antérieur du sterno-mastoïdien. En écartant les lèvres des plaies, on aperçoit des caillots sanguins qui sont soulevés par chaque battement artériel.

On les enlève avec soin, en appliquant des pinces hémostatiques sur les vaisseaux divisés, au fur et à mesure qu'on les rencontre. Il est alors facile de constater la profondeur. Les organes sectionnés de dehors en dedans sont la peau, le peaucier, la veine jugulaire externe, l'aponévrose cervicale superficielle, la veine jugulaire antérieure, les muscles omoplato-hyoïdien et cleïdo-hyoïdien près de leurs insertions supérieures. L'os hyoïde semble avoir arrêté l'instrument. Au fond de la plaie on voit battre l'artère carotide externe dont la tunique adventice est coupée.

Un nombre considérable de petits vaisseaux ont été lésés, Sept

pinces hémostatiques sont appliquées dans ce premier examen et suffisent pour arrêter toute hémorragie.

Le malade porte deux autres plaies produites par le même instrument, l'une superficielle, n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire, sur la face dorsale de la main gauche, à la racine de l'index ; la seconde sur la paroi postérieure du creux axillaire gauche. Celle-ci, longue de 2 centimètres, intéresse le bord inférieur du grand dorsal.

Le malade a perdu une grande quantité de sang, il est considérablement affaibli. Pendant les deux premiers jours on fait un pansement simple avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée sur les diverses plaies.

13 *décembre.* — On enlève les pinces hémostatiques. Les bords de la plaie cervicale sont réunies par cinq points de suture métallique.

14. — La plaie axillaire devient le point de départ d'un phlegmon circonscrit, passage d'un drain au moyen du trocart courbe. Cataplasmes.

17. — On retire les points de suture pour les remplacer par des bandelettes de tarlatane collodionnées. Pansement simple, charpie alcoolisée. Traitement interne tonique et reconstituant.

25. — On ôte les bandelettes, la plaie est réunie ; pas de suppuration. Pansement simple.

1er *janvier.* — Il reste encore sur les bords de la plaie une ligne de bourgeons charnus en pleine végétation. Le malade sort guéri le 15 janvier 1877.

B. — TRONC

Obs. II. — *Plaie non pénétrante de la poitrine. Perte de connaissance.* — Porcher Auguste, vingt-quatre ans, ouvrier papetier, entre le 24 septembre 1877, salle Sainte-Marthe, 18. Dans la nuit précédente le malade a été assailli par un individu qui lui a porté en pleine poitrine un coup de couteau. Il dit avoir perdu beaucoup de sang et être tombé sans connaissance.

Dans le neuvième espace intercostal, au-dessous du sein gauche, on constate une plaie transversale à bords nettement tranchés, d'une largeur de 2 centimètres. Pas de crachements de sang, pas d'emphysème, pas de bruits anormaux dans le poumon. En ville on a appliqué un premier pansement consistant en charpie imbibée de perchlorure de fer. La plaie ne paraît pas profonde. Pansement simple. Bandage de corps.

Le 3 octobre, la plaie étant refermée, le malade quitte le service.

C. — MEMBRE SUPÉRIEUR

Obs. III. — *Troisième phalange de l'index gauche.* — Gaspard Jean, trente-quatre ans, homme de peine, entre le 12 février 1877, salle Saint-Augustin, 5.

En taillant en pointe un morceau de bois qu'il tenait de la main gauche, son couteau est tombé sur l'index gauche et a enlevé d'un seul coup l'extrémité de ce doigt, au niveau de l'articulation de la deuxième phalange avec la troisième. Écoulement de sang abondant. Irrigation continue pendant trois jours.

15 *février.* — Rapprochement des bords de la plaie au moyen de bandelettes de diachylon. Compresses d'eau alcoolisée.

18. — A la surface de la plaie apparaissent de petites granulations.

22. — La guérison marche rapidement.

27. — Le malade, à peu près guéri, demande sa sortie. Nous n'avons eu à noter, ni douleur excessive, ni réaction générale.

Obs. IV. — *Poignet gauche.* — Brack Joseph, quatorze ans, cannier, entre le 27 mai 1878, salle Saint-Augustin, 73. En se battant, il a reçu un coup de ciseau de tourneur.

La plaie siège à la partie antérieure de l'avant-bras, est dirigée obliquement de dedans en dehors et mesure environ 6 centimètres, à partir du bord interne de l'avant-bras au niveau du bord supérieur du carré pronateur jusqu'à la moitié de l'éminence thénar. La peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose sont seuls intéressés. Charpie imbibée d'alcool camphré. Membre dans une écharpe.

1er *juin.* — Les bourgeons charnus apparaissent.

8. — La cicatrisation est presque complète, et le malade quitte le service.

Obs. V. — *Plaie par scie circulaire, de l'index gauche. Guérison avec ankylose des phalanges, ablation des deux dernières phalanges.* — Decize Noël, vingt-sept ans, chauffeur mécanicien, entre le 9 juin 1877, salle Saint-Augustin, 81. Bonne constitution. 30 *avril.* — Plaie de la face palmaire de l'index gauche par une scie circulaire, le tendon fléchisseur avait été atteint. Pansement à l'hôpital, consistant en une petite atelle dorsale maintenue par des bandelettes de diachylon. Occlusion de la plaie, puis charpie imbibée d'eau alcoolisée. La cicatrisation marche rapidement et sans accidents ; mais les articulations phalangiennes sont ankylosées dans l'extension. Dans cette position, non seulement le doigt ne peut rendre service, mais il s'oppose complètement aux travaux du malade, qui demande avec instance et malgré nos observations à en être débarrassé.

9 *juin.* — Nous nous contentons d'enlever les deux dernières phalanges, en taillant un lambeau dorsal plus long. Nous rapprochons

ensuite les bords de la plaie au moyen de deux points de suture métallique. Le malade n'a pas été endormi, il n'a absolument rien senti pendant l'opération.

Deux pinces hémostatiques sont laissées pendant vingt-quatre heures sur les artères collatérales. Pansement alcoolisé.

12. — On enlève les fils métalliques, réunion par première intention.

15. — Le malade sort guéri.

D. — MEMRRE INFÉRIEUR

Obs. VI. — *Face interne de la cuisse à 15 centimètres au-dessus du condyle interne du fémur. Occlusion, guérison.* — Billard, Léopold, trente ans, garçon boucher, entre le 8 octobre 1877, salle Sainte Marthe, 11.

Malade vigoureux, sans antécédents pathologiques. Un couteau à lame pointue placé sur une table près de laquelle il s'est vivement approché lui a fait une blessure à la partie interne de la cuisse droite Ce malade dit avoir perdu beaucoup de sang.

A son entrée dans le service on constate l'état suivant : Petite plaie transversale à bords nettement tranchés, large de deux centimètres et demi, située à dix centimètres au-dessus du condyle interne du fémur; à la face interne de la cuisse droite. Les lèvres de la plaie légèrement écartées laissent suinter un peu de sang : au fond on aperçoit un caillot formant bouchon. La blessure, située en avant du trajet de la saphène, sur le parcours du couturier, ne paraît pas avoir intéressé de vaisseau important. D'ailleurs le malade déclare que le sang n'est pas sorti en jet ; les muscles seuls auraient donc été intéressés ; on ne sonde pas la plaie pour en connaître la profondeur.

Pansement par occlusion à l'aide d'une rondelle de baudruche rapprochant les lèvres de la plaie et maintenue par du collodion. Immobilité du membre.

La plaie se réunit par première intention sans accidents. Le malade quitte le service guéri le 19 octobre.

§ II

PLAIES PAR ARMES A FEU

Obs. VII. — *Index gauche.* — Julien Capet, trente-sept ans, portefeuilliste, entre le 1er juillet 1878, salle Saint-Augustin, 8.

La veille, en jouant avec un révolver qu'il ne croyait chargé qu'avec une cartouche à poudre, il a reçu la balle à bout portant sur la façe antérieure de la première phalange de l'index gauche.

L'orifice d'entrée se trouve au milieu de la phalange ; la direction de la balle est oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Pas d'orifice de sortie; le projectile s'est arrêté à la face postérieure ou dorsale de la main au niveau de la tête du deuxième métacarpien, où on le reconnaît parfaitement à la saillie qu'il forme et à sa dureté. Avec un stylet, on constate que l'os de la phalange est fracturé.

On pratique une incision cruciale et l'on parvient sans difficulté à extraire la balle. Compresses d'eau fraîche, bras maintenu élevé au moyen d'une écharpe.

15 *juillet*. — Les plaies étant presque complètement fermées, on immobilise le doigt au moyen de deux atelles de carton maintenues par des bandelettes de sparadrap.

26. — Le malade demande sa sortie. Il s'en va avec son appareil.

12 *août*. — Il revient nous voir, on retire l'appareil. La consolidation est parfaite. Mais il est à craindre que le doigt reste ankylosé.

§ III

CONTUSIONS ET PLAIES CONTUSES

I. Contusions.

Onze observations. — Signalons. l'obs. IX dans laquelle une contusion de la partie supérieure du tronc eut pour cause une chute d'un deuxième étage; la malade qui était hystérique perdit connaissance après l'accident.

Dans l'obs. XX une contusion très forte de l'extrémité inférieure de la jambe gauche fut suivie d'une arthrite tibio-tarsienne.

Dans un autre cas, la pression d'une chaussure trop étroite a déterminé une bosse sanguine sur la face dorsale du premier orteil.

A. — FACE

Obs. VIII. — Duboille, 37 ans, terrassier, entre le 5 février 1877,

salle Saint-Augustin, 6. Contusion de la face produite dans un éboulement. Tuméfaction des parties molles des joues et des paupières. Compresses d'eau blanche. Guérison sans accidents au bout de quinze jours.

B. — TRONC

Obs. IX. — *Chute de la hauteur d'un deuxième étage. Perte de connaissance.* — Le Guy, Marie, 19 ans, brunisseuse, entre le 9 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 41. Menstruation régulière depuis l'âge de 16 ans; hystérique. Elle s'est précipitée la veille de la hauteur d'un deuxième étage et est tombée sur le dos. Perte de connaissance pendant deux heures.

Douleurs dans la région dorsale inférieure et au niveau des dernières vertèbres lombaires. Pas de déformation de la colonne vertébrale, sinon une convexité postérieure très prononcée surtout au niveau de la troisième dorsale et de la troisième lombaire; la malade se tient courbée en avant, gouttières vertébrales normales, pas d'ecchymose; pas de troubles fonctionnels, de la motilité ni de la sensibilité. Douleurs et fatigue dans la station debout et la marche, un vomissement verdâtre. Pendant les cinq jours qui suivent, une seule selle; bon appétit, bonnes digestions. — 19, amélioration. — 20, la malade se lève et marche. Sort guérie le 30.

Obs. X. — *Région dorso-lombaire.* — Compagnon, Eugène, 54 ans, déménageur, entre le 18 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 77.

La voiture qu'il conduisait ayant été heurtée par une autre, le choc lui a fait perdre l'équilibre et il est tombé de son siège sur le dos. Pas de perte de connaissance; a été relevé par des passants, mais il lui a été impossible de se tenir debout, tant les douleurs étaient vives surtout dans la région du dos et des lombes.

Transporté à l'hôpital, nous examinons les points douloureux qui ne présentent rien à la vue. La palpation ne fournit aucun signe de fracture de la colonne vertébrale; hyperestésie très vive au point que le malade pousse des gémissements. Mouvements de flexion et d'extension du tronc impossibles. Le malade reste dans le décubitus dorsal, les mouvements des jambes se font bien.

C. — MEMBRE SUPÉRIEUR

Obs. XI — *Épaule et bras droits.* — Minne, Eugène, 55 ans, directeur du Théâtre royal de Liège, entre le 16 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 46. Homme fort, vigoureux, n'ayant jamais été malade.

La veille, en descendant d'un omnibus en marche, il a été lancé en avant, ayant encore une jambe sur le marche-pied : chute sur le côté

droit du tronc, le bras étant dans l'abduction; le coude n'a pas porté. Avant-bras fléchi, accolé au thorax, tuméfaction générale de toute l'épaule se perdant en bas au tiers moyen du bras et en haut à l'origine du cou. Sur la face externe du bras, ecchymose occupant les deux tiers inférieurs et la face postéro-externe vers le bord postérieur du deltoïde; seconde ecchymose séparée de la première par un intervalle de deux travers de doigt. Induration et crépitation sanguine sous-deltoïdienne, la tête humérale a conservé ses rapports. Mouvements spontanés impossibles, tous les mouvements communiqués sont très douloureux, surtout dans l'abduction, peu de douleur dans l'adduction ; les mouvements se transmettent à la tête de l'humérus; celui de rotation détermine de la crépitation articulaire. Il est impossible de sentir nulle part une mobilité anormale. Pas de raccourcissement du bras.

Appareil plâtré consistant en une gouttière qui embrasse l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras, et remonte au-dessus de l'épaule. Deux bandes plâtrées passent l'une en avant, l'autre en arrière de la poitrine, vont se rejoindre sur l'épaule opposée et maintiennent ainsi l'appareil. Le 26 mars, le malade ne souffre plus, il quitte le service sur sa demande, emportant son appareil. N'a pas été revu.

Obs. XII. — *Épaule et bras gauches.* — Pascal, Louis, 73 ans, surveillant aux abattoirs, entre le 16 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 80. En faisant sa ronde la nuit, il s'est pris le pied dans le plateau d'une bascule qui sert à peser les bestiaux, a perdu l'équilibre et est tombé par terre sur l'épaule gauche. Impossibilité après l'accident de remuer le bras Douleur très vive dans l'épaule. A son entrée à l'hôpital, on constate d'abord une large ecchymose du bras occupant toute la région postéro-interne et la moitié de la face antérieure; elle gagne le moignon de l'épaule sur une étendue de quatre centimètres. En même temps l'épaule est le siège d'un gonflement assez marqué, le bras est dans l'abduction et dans une légère rotation en dehors, l'avant-bras pend le long du corps ; impuissance du membre.

Ces symptômes nous font penser tout d'abord à une luxation de l'épaule, mais au toucher il n'y a ni déformation, ni crépitation, ni variation de longueur du bras. Tous les mouvements peuvent être obtenus, mais ils sont extrêmement douloureux.

Bras suspendu immobile à l'aide d'une écharpe. Antiphlogistiques. Guérison en vingt jours.

Obs. XIII. — *Bras gauche.* — Montel, Jules, 19 ans, charretier, entre le 1er janvier 1878, salle Saint-Augustin, 15. Le matin en descendant du siège de la voiture pendant que celle-ci était en marche, il est tombé le bras gauche sur la roue, et lorsqu'il était à terre, la roue a frôlé le même bras.

Déformation du bras et de la partie supérieure de l'avant-bras gauche qui sont très tuméfiés, surtout sur leur face externe. Ecchymose peu étendue au pli du coude ; deuxième ecchymose plus large au niveau du poignet. Douleur à la pression : un peu de chaleur de la peau. Membre placé dans l'élévation, cataplasmes.

3 *janvier*. — Gonflement diminué ; moins de sensibilité à la pression.

7. — Le gonflement a disparu ainsi que la douleur. Le malade se lève depuis deux jours et se promène le bras suspendu dans une écharpe. Compresses d'eau blanche.

9. — Point douloureux, la peau est rouge, chaude, un peu de fièvre ; pas d'appétit.

11. — L'abcès s'est ouvert.

12. — Souffre beaucoup. La suppuration est abondante. Peu de sommeil, appétit diminué ; pansement simple.

13. — Mieux sensible ; a dormi toute la nuit. Douleurs très tolérables ; reprend ses travaux les jours suivants.

D. — MEMBRE INFÉRIEUR.

Obs. XIV. — *Genou droit*. — Mousset, Louis, 60 ans, charretier, entre le 22 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 31. Chute sur le genou, de la hauteur de trois marches. Mouvements possibles, mais douloureux. Repos au lit pendant huit jours ; les douleurs augmentant, il s'est fait transporter à l'hôpital.

Tuméfaction douloureuse surtout au niveau du tendon du triceps. Peau chaude, tendue et violacée ; empâtement de la région rotulienne, pas de fluctuation bien nette, douleurs vives à la pression, douleurs lancinantes au point contus, fièvre légère, langue blanchâtre, peu d'appétit. P = 80. Cataplasmes émollients, repos absolu.

25 *janvier*. — Insomnie par suite des douleurs. Élancements plus accentués, fluctuation évidente en avant de la rotule. Incision cruciale des téguments et écoulement de pus mélangé à du sang épanché depuis longtemps. Cataplasmes.

27. — Douleur disparue, bonne nuit, suppuration modérée, le gonflement diminue sensiblement. P = 70.

31. — Plus de gonflement ; mouvements plus faciles, mais encore douloureux, appétit et sommeil bons.

4 *février*. — On réunit les bords de la plaie cruciale au moyen de bandelettes de diachylon imbriquées.

11. — La réunion est presque complète, le malade peut marcher à l'aide de béquilles, il part pour Vincennes.

Obs. XV. — *Face dorsale du pied et des orteils*. — Bizet, Ferdi-

nand, quarante et un ans, cantonnier, entre le 6 mai 1878, salle Saint-Augustin, 79. Il y a trois semaines, la roue d'une charrette lui a passé obliquement sur le pied droit, et a produit une forte contusion et une tuméfaction considérable de toute la face dorsale. Seuls, quelques heures après l'accident, le premier et le second orteils étaient contus et gonflés. Malgré la douleur et la difficulté dans la marche, il n'en continua pas moins son travail, se contentant d'entourer son pied de linge. Depuis cinq jours le gonflement a encore augmenté, les souffrances sont excessives et il ne peut plus s'appuyer sur son pied. A son arrivée, nous notons un gonflement énorme de toute la face dorsale du pied et des orteils. La peau est rouge et l'on aperçoit une ligne noirâtre, oblique de dehors en dedans et d'arrière en avant, qui marque le passage de la roue. Il faut dire toutefois que la tuméfaction est plus grande sur la partie qui correspond aux os du tarse. Mouvements et pression douloureux ; pas de crépitation, pas de mobilité. La peau est plus chaude que celle des parties voisines. Repos, compresses d'eau blanche.

Amélioration très grande au bout de quelques jours. Le 11 mai, le malade sort, il se reposera encore quelques jours chez lui.

Obs. XVI. — *Région trochantérienne.* — Archer, Pierre, quarante-quatre ans, charretier, entre le 10 mai 1878, salle Saint-Augustin, 6. Un omnibus ayant accroché la voiture sur laquelle il était, la secousse l'a renversé de son siège et la région trochantérienne a porté sur le pavé.

A cet endroit existe un gonflement énorme, une teinte jaunâtre des téguments, une douleur extrêmement vive quand le malade se couche sur ce côté ou que le doigt appuie trop fortement. Les mouvements volontaires de la cuisse sont impossibles, les mouvements provoqués sont horriblement douloureux, mais sont tous conservés. Aucun signe de fracture. Repos, compresses d'eau blanche.

Le lendemain le malade se trouve beaucoup mieux, les douleurs sont moins aiguës; le gonflement a un peu diminué.

12 mai. — Les mouvements sont devenus possibles et le malade demande à se lever.

13 mai. — Quitte le service sur sa demande.

Obs. XVII. — *Jambe gauche.* — Leroy, Adrien, cinquante-deux ans, charretier, entre le 27 juillet 1877, salle Saint-Augustin, 6.

La veille, en soignant son cheval, il a reçu un coup de pied au niveau de la réunion du tiers supérieur et du tiers antérieur de la jambe avec le tiers moyen. Contusion sans importance, le coup ayant été amorti par le caleçon et le pantalon. Peu de douleur, si ce n'est pendant la marche. Des compresses d'eau blanche et quelques jours de repos au lit suffisent pour obtenir la guérison. Sorti le 30 juillet 1877.

Obs. XVIII. — *Jambe gauche, épanchement dans l'articulation tibio-*

tarsienne. — Bussat, Léopold, trente-neuf ans, garçon de magasin, entre le 15 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 30. Hier soir, il a eu la jambe prise sous une caisse pesant 300 kilogrammes et tombant d'une hauteur d'un mètre. Tuméfaction et ecchymose de toute la jambe et du pied, surtout marquées sur la face antéro-externe du membre. Peau luisante, tendue, violacée, plus foncée au niveau des deux tiers inférieurs du péroné, conservant l'empreinte du doigt. Douleurs très vives à la pression. Mouvements volontaires très douloureux et très restreints. Direction normale de la jambe et du pied. Pas de trace de fracture du tibia ou du péroné. L'articulation tibio-tarsienne est le siège d'un léger épanchement ; ses mouvements sont douloureux. Insomnie, petits frissons, langue blanchâtre. Peau chaude. P = 80. Inappétence. On protège la jambe avec un cerceau, et on place en permanence des compresses d'eau blanche. Bouillons et potages.

18 *avril.* — Plus de fièvre ; l'appétit est revenu : les douleurs sont moins vives, mais les mouvements sont très difficiles.

21. — Le gonflement a diminué; la jambe présente une coloration jaune-safran; la pression est encore sensible.

23. — Sommeil excellent; le malade se lève, et marche un peu ; il demande à se rendre chez lui.

Obs. XIX. — *Face dorsale du pied droit. Ecchymose. Gonflement. Compresses d'eau blanche et repos.* — Schmitz, Jacques, trente-six ans, charretier, entre le 3 juin 1878, salle Saint-Augustin, 3.

La veille une lourde voiture non chargée lui a passé sur le pied droit. Il a pu marcher, quoique à grand'peine, le reste de la journée. Le lendemain, douleur vive surtout quand il voulut mettre le pied à terre. Gonflement notable de toute la face dorsale du pied, mais plus marqué dans sa moitié interne. Pas de plaie, une simple teinte ecchymotique jaunâtre des téguments. Repos au lit. Compresses d'eau blanche. Quelques jours après, 8 juin, le malade sort pouvant se soigner chez lui.

Obs. XX. — *Contusion lente et progressive de la face dorsale du premier métatarsien droit produite par une chaussure trop étroite. Formation d'une bourse sanguine. Guérison. Incision cruciale.* — Huard, Charles, vingt-quatre ans, comptable, entre le 7 février 1877, salle Saint-Augustin, 8.

Après une longue course avec des bottines trop étroites, il a ressenti le lendemain une sorte de picotement, puis le surlendemain une douleur le long du bord interne du pied. Il remit les mêmes chaussures, mais au bout de quatre jours il vit apparaître sur la face plantaire, entre le coup de pied et le gros orteil, une tumeur qui avait le volume d'une petite noisette. Elle était dure, irréductible, roulant sous le doigt. La marche était pénible, et quelques jours

après devenait même impossible tant les souffrances étaient grandes. En même temps la tumeur augmentait et atteignait le volume d'un gros œuf de pigeon ; elle siège sur la partie moyenne du premier métatarsien. La peau à sa surface est amincie, bleuâtre, tendue, sans bosselures apparentes. Quelques élancements quand le malade remue le pied.

Dureté à la base, fluctuation au centre. Peau chaude. Douleurs à la pression. La tumeur est mobile sur le métatarsien et irréductible. Pas d'inégalité à la surface. Cataplasmes.

Deux jours après, pas de changement. Incision cruciale. Issue d'un sang visqueux, épais, noirâtre. Mèche de charpie dans la plaie. Guérison au bout de dix-sept jours.

II. Plaies contuses.

Vingt-trois observations ainsi réparties d'après leur siège :

Tête	9
Membre supérieur	2
— inférieur	5

Parmi les neuf premières plusieurs doivent être signalées soit à cause de l'étendue des lésions, soit à cause des accidents immédiats ou consécutifs. Dans l'obs. XXII (plaie de la région temporale à la suite d'une chute), nous trouvons une perte de connaissance qui dura deux heures ; le même accident se produisit à la suite d'une autre chute sur la région temporale ; il y eut de plus une hémorragie primitive, peu abondante (obs. XXIV).

Le nommé Droner (obs. XXV) fut mordu au nez par son chien. De tels accidents sont rares à la face ; on fit la réunion immédiate en ville : les lambeaux se sphacélèrent, et il y eut à leur place une cicatrice assez difforme sur le dos du nez ; la guérison fut d'ailleurs très rapide et aucune complication nouvelle ne vint la retarder.

Dans deux autres plaies de la face le lobule de l'oreille a été décollé. Un de ces blessés, celui de l'observation XXVI, est poussé violemment ; son front frappe contre une cloison en planche, il se fait une plaie au niveau de la bosse fron-

tale moyenne ; en même temps le lobule de l'oreille droite est en partie détaché et il y a à ce niveau une hémorragie assez sérieuse pour réclamer l'emploi d'une pince hémostatique. Dans l'observation XXVII, la plaie fut causée par une chute violente sur un parquet. Le malade qui en fait le sujet avait eu la main prise par une courroie en mouvement. Le pavillon de l'oreille complètement décollé n'adhérait plus qu'en un point très limité au niveau du lobule. L'écoulement du sang fut arrêté par le pincement, mais il y eut sphacèle et chute du pavillon de l'oreille.

L'observation XVIII est relative à une plaie de la face accompagnée d'hémorragie et de perte de connaissance.

Les causes des plaies contuses de la portion crânienne et de la portion faciale de la tête ont été :

Chutes	Contre l'angle d'une corniche en pierre (Plaie de la région pariétale). Du siège d'une voiture (Plaie de la région pariétale). Dans un escalier (Plaie de la région temporale). De la hauteur du deuxième étage sur le parquet (Plaie de la face). Sur le parquet à la suite d'une impulsion violente communiquée par la courroie d'une machine (Plaie de la face, décollement du pavillon de l'oreille).
Morsure de chien	Plaie du nez.
Choc contre une cloison en planches.	Plaie du front et décollement du lobule de l'oreille.

Les deux observations relatives au membre supérieur sont intéressantes : dans l'une il s'agit d'une morsure de cheval au bras, guérie sans accident ; dans l'autre, de lésions multiples de la main droite qui avait été prise dans un engrenage ; nous nous bornâmes à sacrifier la première phalange de l'index complètement broyée, et nous fûmes assez heureux pour conserver les autres doigts bien que le médius et l'annulaire eussent été sérieusement compromis.

Avant de quitter ce chapitre traitant particulièrement d'accidents traumatiques, nous allons analyser, en nous reportant aux volumes précédents, les faits relatifs à des phénomènes nerveux immédiats d'origine encéphalique ; ce sera une sorte de supplément statistique à nos leçons sur ce sujet renfermées dans la première partie de ce volume. De 1875 à 1879 nous avons noté 16 fois des pertes de connaissance immédiatement après des traumatismes. La durée a varié de un quart d'heure à 2 heures.

Dans 14 de ces cas il y avait des lésions plus ou moins graves des parties molles ou même des os du crâne ; dans un on n'avait qu'une plaie non pénétrante de la poitrine ; dans un autre, une fracture de jambe. Parmi les 14 premiers cas nous devons en retrancher un au moins dans lequel il y avait probablement une lésion encéphalique assez grave, contusion ou hémorragie limitée. Le malade qui était épileptique, se jeta volontairement dans une carrière et se fit une fracture de l'ethmoïde ; il resta 5 jours dans le coma et depuis ce moment il y eut à plusieurs reprises des écoulements de liquide céphalo-rachidien par les narines (Clin. de 1876, obs. LV, p. 396). Des faits restants un peut être considéré comme douteux. Il n'est pas certain qu'il existât une fracture de la base du crâne ; cependant on ne peut pas le nier d'une manière absolue, car il y eut des épistaxis répétées et une hémorragie sous-conjonctivale (LXVI, p. 215). Sur les 9 cas indiscutables de commotion cérébrale pure et simple, il est encore assez difficile de faire la part exacte du traumatisme. Il y a dans tous plusieurs éléments dont on doit tenir compte ; nous placerons en première ligne l'impression morale. Les blessés avaient assisté en quelque sorte à la première phase de l'accident ; au moment du choc ils étaient sous le coup d'une vive terreur ou d'une excitation d'une autre nature : l'un essayant d'arrêter un cheval emporté, avait été traîné assez loin sur la chaussée ; on l'avait relevé sans connaissance (Clin. de 1876, obs. XVI, p. 373) ; un autre tombe d'un cinquième étage (même ouvrage, obs. XXVII, p. 376) ; un troisième voit qu'une voiture va lui

passer sur le corps (Clin. de 1875, obs. CXXVII, tab. VI, p. 254).

L'individu de l'observation II est attaqué à coups de couteau au milieu de la nuit, circonstance éminemment capable d'effrayer, il perd connaissance bien qu'il n'ait pas reçu de coups sur la tête.

A côté de ces perturbations soudaines, nous devons placer les affections psychiques datant de longtemps. La malade de l'observation VII a eu des accidents hystériformes depuis sa jeunesse et elle tente de se suicider ; trois individus étaient ivres au moment de l'accident.

Ceci tend à démontrer que les traumatismes de la tête surtout peuvent produire dans le fonctionnement de l'encéphale, et probablement dans sa circulation, des désordres brusques désignés par le terme générique de commotion cérébrale et que ces désordres se montrent de préférence chez des individus ayant une prédisposition ancienne comme une névrose, ou récente telle qu'une impression morale vive ou la congestion déterminée par l'ivresse.

A. — TÊTE

Obs. XXI. — *Région pariétale.* — Marquet, Alfred, trente-huit ans, sellier, entre le 6 mai 1879, salle Saint-Augustin, 71.

La veille, il s'est frappé la tête contre l'angle d'une corniche en pierre, et il s'est produit une plaie étoilée de la partie postérieure et médiane de la région pariétale. La plaie mesure une surface de quatre centimètres et intéresse les téguments jusqu'au périoste qui est resté intact. Il y a un large décollement s'étendant sur l'occipital et le pariétal du côté opposé. A l'exploration, pas de trace de fracture.

Les cheveux sont rasés et on applique des compresses d'eau fraîche.

9 *mai.* — On fait un pansement à l'eau alcoolisée.

11. — Le malade se trouvant bien, demande sa sortie et reviendra au pansement chaque matin. — 27. — Guérison complète.

Obs. XXII. — *Région temporale. Perte de connaissance. Guérison.* — Pahimourot, Joseph, quarante-quatre ans, cocher entre le 25 février 1879, salle Saint-Augustin 72.

Étant en état d'ivresse, il est tombé de son siège sur la tête (la voiture était arrêtée). Perte de connaissance pendant deux heures.

Plaie à deux lambeaux en forme d'angle, dont le sommet est placé

en bas; le lambeau inférieur circonscrit la suture temporo-frontale, le supérieur contourne la suture occipito-pariétale gauche et vient se terminer à deux centimètres en avant de la suture fronto-pariétale droite. La peau, le tissu cellulaire, les muscles et l'aponévrose sont intéressés et décollés sur une grande étendue. Au niveau du sommet de l'angle des lambeaux, se trouve une petite tumeur produite par un épanchement entre le péricrâne et le périoste. La plaie a beaucoup saigné et l'on a appliqué, à l'arrivée du malade, une pince hémostatique sur une branche de la frontale. Peu de douleur occasionnée par la plaie, céphalalgie légère, pas de fièvre, pas de troubles de la vision. Applications de compresses d'eau fraîche.

27 *février*. — Bandelettes de tarlatane collodionnées pour maintenir les lambeaux.

28. — On aperçoit à l'angle de la plaie un commencement de sphacèle.

2 *mars*. — Gangrène limitée sur une surface de deux centimètres carrés. Vu la perte de substance, on rapproche les deux bords par deux points de suture métallique.

9. — Guérison presque complète; le malade part à Vincennes.

Obs. XXIII. — *Région pariétale. Contusion légère du thorax.* — Bedouin, Pierre, quarante-sept ans, maçon, entre le 11 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 9.

Il vient de tomber d'un échafaudage de la hauteur de huit mètres sur une brouette. La tête et le tronc ont été atteints. Sur la tête, sur la partie médiane et supérieure de l'occipital, à deux centimètres de la suture lambdoïde, existe une plaie linéaire de cinq centimètres, intéressant la peau et le tissu cellulaire seulement. Ses bords sont déchiquetés. Pas de fracture. Au niveau de l'os de la pommette droite, on remarque une ecchymose mesurant la même surface que cet os et s'étendant un peu sur la paupière inférieure.

Le malade se plaint d'une violente douleur en un point correspondant aux cinquième, sixième et septième côtes, et de gêne de respiration. On ne trouve aucun signe de fracture. Il existe simplement une légère contusion. On rase les cheveux et l'on applique des compresses d'eau froide sur la plaie.

Ventouses scarifiées sur le point douloureux du thorax.

14 *janvier*. — Réunion des bords de la plaie avec des bandelettes de diachylon. Le malade quitte l'hôpital presque guéri et continuera à se soigner chez lui.

Obs. XXIV. — *Région temporale. Perte de connaissance, hémorragie peu abondante.* — Quinton, François, soixante ans, garçon de magasin, entre le 7 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 9. Etant en état d'ivresse, il a fait une chute de la hauteur de trois mètres, et a perdu connaissance. Plaie de tête, hémorragie arrêtée en ville par le

perchlorure de fer. Après avoir débarrassé la région temporale droite des cheveux agglomérés par le sang et le perchlorure, nous observons à deux centimètres en avant de l'oreille une plaie verticale de trois centimètres, au fond de laquelle on voit battre l'artère temporale superficielle qui donne des jets de sang par plusieurs déchirures de ses parois. Pas d'écoulement de sang par les oreilles, pas de signes de fracture de la base du crâne. Application de trois pinces hémostatiques laissées douze heures.

Pansement simple avec la charpie imbibée d'eau alcoolisée. Guérison le 24 janvier 1877.

Obs. XXV. — *Plaie du nez, morsure de chien. Suture du lambeau à l'aide de quatre épingles et d'un fil végétal. Réunion par première intention du tiers gauche de la plaie. Sphacèle du lambeau sur le dos du nez. Cicatrisation rapide. Guérison.* — Kronner, Pierre, trente et un ans, fondeur en cuivre, entre le 13 mai 1877, salle Saint-Augustin, 7. Bonne constitution, pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques. La veille, il a eu le nez mordu par son chien. Un médecin appelé sur-le-champ réunit les lèvres de la plaie au moyen de quatre points de suture entortillée. Au moment de l'accident, hémorragie abondante, arrêtée à l'aide d'une couche de charpie imbibée de perchlorure de fer.

Le premier pansement étant enlevé et la face lavée, nous constatons l'état suivant : plaie irrégulière, déchiquetée, partant du bord libre du lobule droit, remontant sur la face correspondante du nez, passant sur le dos de l'organe au niveau de l'épine nasale, et descendant à gauche sur la face pour aller se perdre dans le sillon naso-génien en un point qui répond à l'alvéole de la première petite molaire. La morsure a donc intéressé toutes les parties molles du nez ; celles-ci n'adhéraient plus à la face qu'au niveau des sillons naso-géniens. Quatre épingles situées deux à droite, deux à gauche, au niveau de la racine de l'organe, maintiennent le lambeau en place. Tuméfaction bleuâtre des lèvres de la plaie, s'étendant à la partie voisine des joues et des paupières inférieures. Un point violacé, noirâtre, existe sur la face gauche du nez au-dessus du sillon lobulaire. Lavage et pansement avec l'eau alcoolisée.

14 *mai*. — Nous rapprochons les parties molles des joues au moyen d'une bande de tarlatane collodionnée à cheval sur le dos du nez. Sphacèle du lambeau à gauche sur la face. On enlève de ce côté les épingles.

15 *mai*. — Même pansement, toute la partie droite de la plaie est réunie par première intention, on enlève les dernières épingles.

16. — Chute de l'eschare. — Il en résulte une perte de substance infundibiliforme, qui met la fosse nasale gauche en communication avec l'extérieur. Même pansement.

17. — Bourgeons de bonne nature sur tous les points non encore réunis. La cicatrisation s'opère assez régulièrement, la perte de substance se comble peu à peu par la prolifération de bourgeons charnus vivaces.

25 *mai.* — Le malade demande à sortir. Huit jours plus tard il vient nous voir, la cicatrisation est complète. Pas de perforation des parois nasales.

Obs. XXVI. — *Plaie du front. Décollement du lobule de l'oreille. Hémorragie. Pincement.* — Guyard Jean, cinquante-quatre ans, fabricant de chaises, entre le 6 mai 1877, salle Sainte-Marthe, 3.

La veille, il a été poussé la tête la première contre des planches et a été atteint au front et à l'oreille droite. Plaie en croissant, de $0^m,10$ centimètres, à la partie moyenne du front, immédiatement au-dessous de la racine des cheveux. Les bords sont nets et légèrement écartés ; toutes les parties molles ont été divisées ; au fond de la plaie, on voit le périoste ; pas d'hémorragie. Réunion immédiate par cinq points de suture métallique.

Le lobule de l'oreille droite est en partie détaché de la face, par une plaie de $0^m,03$ centimètres. L'hémorragie arrêtée à l'aide d'une pince hémostatique laissée pendant deux heures. Pansement alcoolisé.

9 *mai.* — Réunion par première intention de la plaie de l'oreille. On retire les fils métalliques de la plaie frontale pour les remplacer par quatre bandelettes collodionnées.

11. — Suppuration modérée. Les bords et le fond de la plaie sont rosés et garnis de bourgeons charnus.

15. — La cicatrisation marche rapidement. On enlève les bandelettes collodionnées.

18. — Cicatrisation complète. Le malade quitte le service.

Obs. XXVII. — *Plaie de la face ; décollement étendu. Réunion immédiate. Sphacèle et chute du pavillon de l'oreille.* — Depreterre, Pierre, trente ans, mécanicien, entre le premier octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 32.

Homme bien constitué et vigoureux, sans antécédents pathologiques. Il a eu la main droite prise dans une courroie en mouvement, a été entraîné et violemment jeté sur le parquet. Dans sa chute, il a eu la tête prise et assez fortement comprimée entre le sol et un cylindre tournant rapidement. On l'apporte à l'hôpital avec une large plaie occupant toute la région temporo-pariétale droite et un vaste décollement. On constate une plaie contuse à bords déchiquetés, partant de la partie moyenne de la suture temporo-pariétale droite à trois travers de doigt au-dessus de la queue du sourcil, descendant en avant du pavillon de l'oreille, contournant le lobule et remontant en arrière sur le pariétal. Elle forme ainsi un vaste lambeau complè-

tement décollé mesurant $0^m,24$ centimètres de diamètre. Le pavillon de l'oreille ne tient plus que par un petit pont situé en arrière du lobule. Quelques artères donnant du sang sont comprimées par les pinces hémostatiques. On applique treize points de suture métallique après avoir préalablement rasé toute la surface du lambeau autour de la plaie. Compresses imbibées d'eau fraîche.

La main droite présente sur la face dorsale une plaie transversale de $0^m,05$ centimètres de long, située à la partie moyenne et n'intéressant que la peau et le tissu sous-cutané; les tendons des extenseurs sont intacts. Trois points de suture métallique.

2 *octobre*. — La réunion se maintient, mais le pavillon de l'oreille est froid et devient noir.

4. — Le lambeau se nourrit bien, on enlève les points de suture. Le sphacèle gagne de plus en plus le pavillon qui se détache le sixième jour.

8. — Il reste une plaie grande comme une pièce de 2 francs à la place du pavillon et au milieu de laquelle on aperçoit le conduit auditif.

10. — La cicatrisation marche rapidement; on cautérise les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent.

15. — Les bords sont en partie réunis.

20. — Plaie en voie de cicatrisation. Le malade quitte le service. Il a conservé l'ouïe.

26. — Le malade revient dans le service. La plaie de la tête est complètement réunie. Il ne reste plus qu'une petite plaie autour de l'orifice du conduit auditif. Quelques bourgeons charnus obstruant le conduit auditif, le malade n'entend plus de ce côté. On réprime ces bourgeons avec le nitrate d'argent.

2 *novembre*. — Plaie cicatrisée. Le conduit auditif est libre, le malade entend bien.

Obs. XXVIII. — *Plaie de la face. Perte de connaissance. Hémorragie abondante.* — Larive Pierre, quarante ans, garçon de cave, entre le 14 juillet, salle Sainte-Marthe, 21. Chute de la hauteur d'un étage sur un *parquet en bois*. Perte de connaissance pendant un quart d'heure.

Plaie triangulaire de la racine du nez de 1 centimètre 1/2 de hauteur, n'intéressant que la peau. Affrontement avec deux bandelettes collodionnées. Plaie superficielle de 1 centimètre de diamètre sur la moitié droite de la lèvre supérieure. De la commissure droite part une autre plaie de 3 centimètres qui se dirige en bas et en arrière ; elle intéresse toute l'épaisseur de la joue, et présente une section un peu frangée. Hémorragie très abondante, gonflement considérable de la joue droite et des deux lèvres. Teinte ecchymotique violacée de la partie inférieure de la joue droite; état général satisfaisant.

Réunion des bords de cette plaie par 3 points de suture métallique et application de compresses d'eau froide. Alimentation liquide. Sur la région antérieure et moyenne des 2 jambes existent 2 autres plaies superficielles sans importance.

17. — Le malade va bien, la plaie semble se réunir. Le gonflement n'a pas diminué.

20. — On retire les trois points de suture, et on applique plusieurs bandes collodionnées.

25. — La réunion est complète, on permet au malade une alimentation ordinaire.

28. — Sort guéri.

Obs. XXIX. — *Plaie du front.* — Bihour, Henri, trente-trois ans, journalier, entre le 9 avril 1877, salle Saint-Augustin, 2.

Tombé la veille de la hauteur d'un premier étage, la tête la première sur le sable d'une cour, n'a pas perdu connaissance et a pu se relever.

Au niveau de la bosse frontale gauche, plaie linéaire de 4 centimètres. Celle-ci intéresse la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose. Sur la joue gauche existe une large ecchymose, et sur le dos du nez une petite plaie qui a seulement divisé la peau. Une troisième plaie linéaire de 2 centimètres 1/2 se remarque au niveau de l'os malaire. Enfin au coude existe une forte contusion et un peu de gonflement. Les mouvements du membre se font facilement tout en provoquant une douleur assez vive. Rien dans les autres parties du corps. Pansement des plaies avec l'eau alcoolisée. Compresses d'eau blanche sur le coude. Bains.

13 *avril.* — Le malade étant en voie de guérison quitte l'hôpital.

Obs. XXX. — *Plaie du front.* — Jacquet Jean, cinquante-deux ans, entre le 23 juillet 1877, salle Sainte-Marthe, 28.

Dans un mouvement brusque le front a heurté contre l'angle d'une porte. Sur la ligne médiane de la région frontale, plaie triangulaire à sommet supérieur, dont les côtés ont 4 centimètres et la base 1 centimètre 1/2. La peau tombe sous forme de lambeau sur la racine du nez. Les bords de la plaie sont déchiquetés et ecchymosés. Pas de gonflement des paupières. Hémorragie en nappe assez abondante. Céphalalgie modérée, état général satisfaisant.

24. — Réunion par un point de suture au sommet de la plaie. Compresses d'eau alcoolisée.

26. — Le fil métallique n'a pas tenu. Application de bandelettes de tarlatane collodionnées.

30. — Réunion presque complète. Suppuration très légère. Le malade demande à quitter le service.

Obs. XXXI. — *Plaie du bras.* — Bulcourt François, trente-quatre ans,

chaudronnier, entre le 2 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 2.

La veille, une barre de fer de 450 kilog. lui est tombée sur le bras droit d'une hauteur de 50 à 60 centimètres environ. Dans la chute un des angles de la barre a frappé au point d'insertion inférieure du deltoïde et a produit une plaie linéaire de 4 centimètres qui intéresse la peau, l'aponévrose et les fibres les plus superficielles du muscle. Il s'en est suivi un écoulement de sang assez considérable. Les faces antéro-internes du bras et de l'avant-bras sont tuméfiées; des ecchymoses assez étendues s'observent à la partie inférieure du bras et au milieu de la face antérieure de l'avant-bras. Peau chaude; douleurs dans les mouvements volontaires ou provoqués; engourdissement du membre. Rien du côté des os ni de l'articulation du coude.

Cataplasme de farine de graine de lin. Membre placé dans l'élévation.

6 *janvier*. — Gonflement diminué. Issue de pus par la plaie. Le bras est maintenu dans une écharpe et le malade se lève.

8. — La plaie suppure encore mais les bourgeons charnus apparaissent.

10. — Presque guéri, est envoyé à Vincennes.

Obs. XXXII. — *Arrachement de la première phalange de l'index, des deux premières du petit doigt. Écrasement des deux premières phalanges de l'index, de la première du medius et de la deuxième de l'auriculaire. Éraillures de l'annulaire. Écrasement des parties molles de la face palmaire de la main. Amputation de la deuxième phalange de l'index. Quelques points de sphacèle sur la face palmaire à la racine des doigts. Guérison.* — Grimer, Victor, seize ans, boulonnier, entre le 26 février, salle Saint-Augustin, 8.

Il a eu, le matin même, la main droite prise dans un engrenage de moulin à vapeur, commençant seulement à être mis en mouvement. L'index, le médius et le petit doigt ont été atteints. La première phalange de l'index et les deux premières du petit doigt ont été arrachées complètement. La deuxième phalange de l'index est complètement broyée : au milieu de ces débris on voit des morceaux d'os. La troisième phalange du même doigt, de même qne la première du médius, est compromise, mais l'os et l'articulation sont intacts.

Quelques éraillures seulement à l'annulaire.

Les parties molles de la face palmaire de la main dans son tiers interne et supérieur sont dilacérées. Un peu de gonflement de toute la main. Douleurs très vives. La plaie a beaucoup saigné et l'hémorrhagie n'est pas encore arrêtée. On ampute immédiatement la deuxième phalange de l'index et l'on se contente de placer la main sur un coussin. Compresses d'eau fraîche constamment renouvelées.

27 *février*. — Fièvre, sommeil agité; inappétence. Soif vive. Gonflement, le même qu'hier.

28. — Journée bonne, encore un peu de fièvre le soir. Sommeil plus calme. A mangé ce matin un potage et se sent de l'appétit. Compresses d'eau fraîche continuées.

1er *mars*. — Gonflement de la main disparu. Quelques points de sphacèle sur la face palmaire à la racine des doigts (index et médius). Plus de fièvre. Pas de douleur. Appétit complètement revenu. On place le bras dans une gouttière garnie de coussins. Pansement des plaies avec l'alcool camphré.

11 *mars*. — Bandelettes de diachylon.

A partir de ce moment la cicatrisation se fait rapidement et le malade sort le 19 mars pour aller à Vincennes.

B. — MEMBRE SUPÉRIEUR

Obs. XXXIII. — *Morsure de cheval au bras gauche.* — Hames, Jean, quarante-deux ans, charretier, entre le 16 février 1877, salle Saint-Augustin, 9.

La veille, en nettoyant son cheval, il a été mordu à la partie médiane et interne du bras. A cet endroit, on voit deux plaies ayant la forme de deux lignes courbes, se regardant par leur concavité et séparées l'une de l'autre par un espace de 4 centimètres. Chaque plaie mesure environ 6 centimètres. La plus antérieure correspond au bord externe de la longue portion du biceps, la plus externe au bord externe de la courte portion. La peau, le tissu cellulaire et le muscle sont intéressés. Sur la peau qui limite les deux lèvres de la plaie, on aperçoit la marque des dents. Écoulement de sang très peu abondant au moment de l'accident. Douleur vive surtout dans l'extension du membre. Pas d'autres phénomènes à noter. Compresses d'eau alcoolisée. Immobilisation du bras dans une écharpe.

24 *février*. — La plaie est recouverte de bourgeons charnus.

28. — La guérison marche rapidement.

2 *mars*. — Le malade part pour Vincennes, presque guéri.

Obs. XXXIV. — *Écrasement du petit doigt. Immobilité de la main au moyen d'une palette. Charpie imbibée d'alcool sur la plaie.* — Masson Charles, quarante-cinq ans, boulanger, entre le 8 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 9.

La veille a eu le petit doigt de la main gauche pris dans une machine à tamiser la farine. La phalangette est complètement détachée par sa face dorsale et ne tient plus au reste du doigt que par un lambeau de peau sur la face palmaire. Écoulement de sang insignifiant au moment de l'accident.

La plaie est déchiquetée comme dans toutes les plaies par écrasement. Le malade souffre beaucoup et éprouve un engourdissement dans tout le bras. On place la main sur une palette afin de la maintenir dans l'immobilité. Sur la plaie, charpie imbibée d'eau alcoolisée, retenue par une petite bande qui en maintenant les pièces du pansement, immobilise en même temps le doigt blessé.

10 *janvier*. — Le malade souffre moins, la plaie n'offre rien de particulier à noter.

11. — On enlève la palette et on place le doigt sur un atelle. Le malade sort ce jour pour se soigner chez lui.

C. — MEMBRE INFÉRIEUR

OBS. XXXV. — *Contusion de la hanche et de la partie latérale droite du thorax. Légère ecchymose du coude et de la face postérieure du bras.* — Baudoin Marius, soixante-treize ans, graveur sur pierre, entre le 10 avril 1878, salle Saint-Augustin, 73.

Il est tombé la veille d'un échafaudage d'une hauteur de 3 mètres sur le bitume d'un trottoir.

Toute la moitié latérale droite du tronc, du membre supérieur et du membre inférieur a violemment porté contre le sol. Il existe dans ces parties de larges ecchymoses et un peu de gonflement. Mais c'est principalement au niveau du grand trochanter et de la région fessière qu'elles sont étendues. Les douleurs sont très vives et le malade ne peut se coucher sur ce côté. Il se plaint en même temps d'une dyspnée propre à faire supposer une fracture de côte, mais après un examen attentif on a pu s'assurer qu'il n'en existait pas.

Les mouvements des membres inférieurs sont possibles, mais très douloureux. La pression exercée au niveau du grand trochanter arrache des cris au malade.

Compresses d'eau blanche.

17 *avril*. — Le gonflement a disparu, la teinte foncée des ecchymoses commence à pâlir, mais le malade souffre toujours beaucoup quand il se remue et ne peut encore se coucher du côté contusionné. Plus de dyspnée. Dort bien. Appétit excellent.

27. — Douleur vive dans la région lombaire, due probablement à la position qu'a adoptée le malade dans son lit.

5 *mai*. — Les régions trochantériennes et fessières sont seules restées douloureuses. Les mouvements des membres inférieurs sont très pénibles.

23. — A part un certain endolorissement de la cuisse, la guérison est complète et le malade sort le lendemain.

OBS. XXXVI. — *Cuisse droite.* — Lachez, Auguste, quatorze ans et

demi, tailleur de pierres, entre le 15 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 26.

Il a été atteint, il y a une heure, à la cuisse droite, par l'angle d'une pierre volumineuse. Sur la partie interne et antérieure, à 3 travers de doigt au-dessus de la rotule, plaie transversale de 6 centimètres, en forme de croissant, à concavité inférieure, au fond de laquelle on voit l'aponévrose crurale superficielle. L'écartement des lèvres de la plaie à sa partie moyenne est de 1 centimètre. Bords contus et déchiquetés. Douleur locale assez vive. Hémorragie peu considérable. Pas de tuméfaction des parties molles environnantes. La bourse synoviale ne paraît pas atteinte. On affronte les bords au moyen de 3 points de suture métallique. Compression ouatée. Repos absolu.

16 *décembre*. — Légers frissons dans la soirée.

17. — Les douleurs ont empêché le malade de dormir. P. = 88. Langue sale. On retire l'appareil ouaté. Les tissus qui avoisinent la plaie sont œdématiés. Peau rouge et chaude. On enlève les fils et on prescrit des cataplasmes. Écoulement d'un sang noirâtre. Pas de pus.

20. — Phlegmon de la partie inférieure de la cuisse. Lymphangite superficielle. Le malade a eu un frisson. P. = 96. Appétit nul. Sulfate de quinine : $0^{gr},50$.

22. — P. = 100. On fait deux incisions pour faciliter l'écoulement du pus.

25. — P. = 76. Suppuration abondante ; la tuméfaction diminue, la plaie a meilleur aspect. Pas d'appétit. On supprime le sulfate de quinine. Eau de Sedlitz.

30. — La suppuration diminue, l'appétit revient sensiblement. Alimentation fortifiante : vin de quinquina et sirop d'iodure de fer.

5 *janvier*. — Plaie très belle, suppuration modérée. État général excellent. Pansement alcoolisé.

12. — La cicatrisation est très avancée. Le malade se lève, mais ne peut s'appuyer sur sa jambe.

15. — On réprime avec le nitrate d'argent quelques bourgeons charnus exubérants. La plaie est en partie cicatrisée.

19. — Cicatrisation complète ; le malade sort.

Obs. XXXVII. — *Genou gauche*. — Landregarde Jean, soixante-deux ans, gantier, entre le 21 décembre 1876, salle Sainte-Marthe, 25.

Il y a deux jours, chute de la hauteur d'un étage, dans laquelle la partie interne du genou a violemment heurté contre le sol. A 1 centimètre du bord interne de la rotule, plaie irrégulièrement elliptique et allongée transversalement, de 6 centimètres de long sur 3 de haut. Le fond de cette plaie présente des teintes de sphacèle. Les parties voisines ont une couleur rosée. Tuméfaction peu considérable. Les deux tiers supérieurs et internes de la jambe sont le

siège d'une ecchymose diffuse et peu accusée. Léger épanchement articulaire. Les mouvements sont conservés, mais douloureux et limités. Peu de douleurs à la pression. Pas de fièvre. P. = 72.

La jambe est maintenue élevée dans une gouttière. Cataplasmes émollients.

25 *décembre.* — L'élimination de l'escharre se fait régulièrement, la rougeur diffuse périphérique s'efface progressivement. Le gonflement du genou a diminué.

29. — L'escharre est détachée. Pansement alcoolisé. Suppuration modérée.

10 *janvier.* — Cicatrisation en bonne voie, l'épanchement intra-articulaire est résorbé. On enlève la gouttière.

25. — Cicatrisation complète. Depuis plusieurs jours le malade marche ; il quitte le service.

Obs. XXXVIII. — *Genou gauche. Perte de connaissance.* — Rosat Louis, quinze ans, charretier, entre le 8 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 10.

Est tombé, la veille, du siège d'une voiture. Dans la chute, le genou a porté sur un pavé aigu. Perte de connaissance pendant dix à douze minutes. Transporté dans une pharmacie on a fait un premier pansement.

La nuit, il a beaucoup souffert, et, le lendemain, il n'a pu appuyer sur la jambe dont les mouvements de flexion étaient très douloureux.

A son entrée dans le service nous enlevons le pansement fait la veille. La charpie est imprégnée de sang qui s'est écoulé d'une plaie qui recommence à saigner lorsque nous ôtons les derniers brins de charpie. Le genou est tuméfié, principalement du côté interne, le gonflement s'étend à une certaine hauteur sur la jambe et la cuisse. Le malade accuse de vives douleurs. A la partie moyenne du genou, en avant de la rotule, existe une plaie étoilée du diamètre d'une pièce de cinq francs, qui intéresse la peau seulement. Les mouvements actifs sont possibles mais très douloureux, les mouvements provoqués exagèrent encore les souffrances. Rien du côté de l'articulation. Compresses d'eau blanche. Repos au lit.

12 *janvier.* — Gonflement presque disparu. Pansement de la plaie avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée : guérison complète le 29 janvier 1877.

Obs. XXXIX. — *Genou droit.* — Pingal Victor, trente-trois ans, buandier, entre le 16 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 78.

Le matin, une heure avant la visite, est tombé dans un trou dont l'ouverture est bordée de pierres de granit. Il ne peut dire si dans la chute le genou a porté sur l'angle de la bordure ou si au fond du trou se trouvait quelque objet aigu. Retiré par ses camarades, il n'avait pu marcher, une grande quantité de sang s'écoulait en

nappe par une petite plaie arrondie, située au centre de la rotule.

En l'examinant, nous ne trouvons rien de particulier du côté de l'articulation, mais les mouvements qu'on imprime sont très douloureux. Pas de gonflement. La plaie saigne toujours abondamment. Nous ne cherchons pas à explorer sa profondeur. Repos, immobilité. Rondelles d'amadou et bande légèrement compressive.

17 *janvier*. — Léger gonflement de la partie antérieure et interne du genou ; il semble que la rotule est portée plus en dehors qu'à l'état normal. Mais nous ne trouvons aucun signe de luxation. Mouvements toujours très pénibles. Immobilité dans une gouttière, compresses d'eau fraîche.

22. — Gonflement totalement disparu. Rotule à sa place normale. Exécution des mouvements sans douleur.

28. — Le malade se lève depuis trois jours et ne souffre pas pendant la marche. La plaie est presque complètement fermée. Sort le 29.

Obs. XL. — *Arrachement des téguments de la jambe droite.* — Witlhelme Louis, trente-sept ans, fabricant d'instruments de musique, entre le 10 avril 1878, salle Saint-Augustin, 72.

Avant hier, il a été renversé par un omnibus et l'une des roues lui a passé sur la jambe droite. Pas de perte de connaissance, mais n'a pu ni se relever, ni marcher. Hémorragie abondante.

A la partie moyenne de la face antéro-externe de la jambe droite, existe une large plaie d'environ quinze centimètres sur vingt de longueur. On constate en outre une perte de substance assez considérable et un décollement étendu dans la partie la plus déclive de la face externe de la jambe. La plaie intéresse la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose et quelques fibres superficielles des muscles. Sur la face dorsale du gros orteil du même côté, se voit une ecchymose violette très prononcée et deux légères érosions de l'épiderme.

Douleurs très vives, un peu de fièvre. T = 38.2. — P = 98.

L'appétit est conservé; le sommeil est quelque peu agité.

Pansement ouaté. — Immobilité de la jambe.

13 *mai*. — 5 greffes.

24. — Les 5 greffes ont pris.

A partir de ce moment, la cicatrisation marche rapidement, la perte de substance est presque comblée le 12 juin.

23 *juin*. — Le malade part pour Vincennes, la cicatrisation est presque complète ; mais il ne peut appuyer le pied à terre. Marche avec des béquilles.

Obs. XLI. — *Plaie contuse de la jambe. Pansement ouaté. Guérison.* — Stoll Charles, quinze ans, chaudronnier, entre le 8 avril 1878, salle Saint-Augustin, 79.

En montant sur le siège d'un camion en marche, il a perdu l'équi-

libre et est tombé à terre. La roue du véhicule lui a passé sur la jambe gauche. Il a pu se relever, mais la marche a été impossible.

A son entrée à l'hôpital, nous trouvons à la partie médiane de la jambe, sur sa face antéro-externe, une plaie de 12 centimètres à bords un peu irréguliers, intéressant la peau et le tissu cellulaire; tout autour, léger gonflement et rougeur. On entoure la jambe d'une épaisse couche d'ouate maintenue par une bande compressive.

Pendant trois jours, on laisse le pansement sans y toucher.

Second pansement conservé quatre jours. Apparition des bourgeons charnus. Pansement à l'eau alcoolisée.

3 *mai*. — Le malade sort guéri.

Obs. XLII. — *Ecrasement du pied.* — Vian, Victor, dix-neuf ans, bardeur, entre le 28 mai 1877, salle Saint-Augustin, 78.

Deux heures avant son entrée à l'hôpital, l'angle d'un bloc de pierre évalué à 800 kilogrammes est venu frapper le côté externe du pied droit et a déterminé une plaie large et profonde. Elle a la forme d'une demi-lune et occupe la face externe du pied à partir du tiers postérieur de la face externe du calcanéum jusque sur le dos en rasant par son bord supérieur le sommet de la malléole externe. Les bords de la plaie sont nets comme si elle eût été faite par un instrument tranchant mal aiguisé. La peau, le tissu cellulaire, les muscles sont divisés, on aperçoit quelques parties de l'astragale et du calcanéum, mais leur périoste est intact. Au fond de la plaie on distingue des nerfs et des petites veines se rendant au pied. Il y a eu une abondante hémorragie au moment de l'accident. Le malade souffre beaucoup et ne peut dormir, l'appétit est également nul. Pas de fièvre.

Compresses d'eau froide souvent renouvelées.

5 *juin*. — Pansement à l'eau alcoolisée.

12. — La plaie se couvre de bourgeons charnus.

15. — Cautérisation de ces bourgeons avec le crayon de nitrate d'argent.

27. — Guérison. Sortie.

Obs. XLIII. — *Ecrasement du gros orteil droit. Réunion par première intention avec des bandelettes de diachylon. Pansement avec de la charpie imbibée d'eau froide.* — Renoult Albert, trente-deux ans, maçon, entre le 4 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 3.

En soulevant un cylindre en fonte de 300 kilogrammes pour le placer sur un étau, son camarade qui lui aidait a lâché prise et le cylindre ayant glissé le long du support de l'étau est tombé sur le gros orteil droit. Sur le côté interne de celui-ci, plaie curviligne à convexité inférieure, se continuant sur la face dorsale du pied jusqu'au milieu du premier métatarsien. Les bords de la plaie sont très nets. Écoulement de sang peu abondant après l'accident. Réunion

des bords de la plaie au moyen de bandelettes de diachylon. Pansement avec de la charpie imbibée d'alcool. Repos au lit.

Le 16, on enlève les bandelettes de diachylon ; la plaie est réunie, sauf en un point. Sort guéri le 18 janvier 1878.



CHAPITRE II

ACCIDENTS SYPHILITIQUES

Obs. XLIV. — *Gamme ulcérée de la langue.* — Clairet (Louis), trente-cinq ans, menuisier, entre le 27 janvier 1877.

Blennorrhagie avec balanoposthite il y a trente ans. Nie tout antécédent syphilitique; néanmoins il a été atteint d'une série d'accidents qui font soupçonner cette diathèse : ulcères des jambes il y a dix-huit ans ; troubles de la vision traités par M. Fano. Aujourd'hui encore rétrécissement périphérique du champ visuel de l'œil droit. Il y a un mois, la langue se fendilla ; puis apparut sur son bord droit, au voisinage de la pointe, une petite tumeur dure, du volume d'une noisette, qui finit par s'ulcérer en restant toujours indolente. Aujourd'hui, l'ulcération située près de la pointe de la langue, à droite du sillon médian, est ovalaire, à grand axe antéro-postérieur de 1 centimètre, profondément excavée, lisse, unie, à fond rouge sale. Les bords sont taillés à pic et surmontés d'un liseret transparent ; la base est indurée. Indolence complète, gêne de la parole et de la mastication. Le ganglion sus-hyoïdien médian est induré, volumineux. Cette ulcération présentant tous les caractères d'une gomme syphilitique ulcérée; pour éclairer notre diagnostic, nous ordonnons un traitement à l'iodure de potassium que le malade suit chez lui.

Sous l'influence du médicament l'ulcération disparut complètement en trois semaines et les troubles de la vision diminuèrent.

Obs. XLV. — *Syphilides ulcéreuses du sein et de la paroi abdominale.* — Thomas (Marie), couturière, entre le 24 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 45.

Cette femme a eu sept enfants, la dernière couche remonte à seize ans. Elle n'est pas réglée depuis six mois seulement ; cependant elle a encore perdu en rouge la semaine dernière. Depuis dix ans, elle porte à la partie postérieure du flanc gauche, à la limite des lombes, une ulcération qui la gênait peu. Elle sèche et suppure alternativement.

Il y a deux mois environ cette ulcération a grandi et s'est creusée. En même temps une autre analogue s'est faite sur le sein gauche

autour du mamelon, et une troisième sur le flanc gauche en dedans de la première. La malade déclare avoir ressenti des picotements au niveau des ulcérations et des démangeaisons tout autour. Pas d'amaigrissement ni d'affaiblissement.

L'ulcération primitive allongée dans le sens vertical, est profonde, à fond rameux et noirâtre ; l'ulcération voisine est recouverte d'une épaisse croûte noirâtre. La forme générale est celle d'un croissant à concavité supérieure qui laisse le mamelon intact. Sur le sein une partie de l'ulcération est violacée, superficielle, à fond grisâtre, les bords sont nets, presque taillés à pic. L'autre partie est recouverte d'une croûte ; la peau est roussâtre sur le pourtour. Entre les ulcérations du sein et celles de la paroi abdominale, se trouvent disséminées plusieurs érosions superficielles. Dans l'aisselle gauche, deux ganglions volumineux que l'on peut faire rouler sous le doigt. Le sein n'est pas augmenté de volume et n'est nullement adhérent aux parties profondes. Le mamelon n'est pas atteint ; sa saillie est la même à gauche et à droite. Pas de ganglions inguinaux. La malade se plaint simplement de démangeaisons autour des ulcérations et de picotements douloureux à l'endroit même. L'état général est bon. Iodure de potassium.

19 *février*. — Cicatrisation sous-crustacée rapide. Il ne reste plus que quelques croûtes sur la paroi abdominale. Continuera chez elle le traitement.

Obs. XLVI. — *Laryngite syphilitique*. — Groult Eugène, quarante-deux ans, menuisier, entre le 21 février 1877, salle Sainte-Marthe, 5.

Il y a douze ans, chancre infectant. Depuis deux ans, enrouement dû, d'après lui, à un refroidissement, et devenu plus prononcé depuis six semaines.

Aujourd'hui voix éraillée, très voilée, presque un chuchotement. Cornage, dyspnée prononcée : le malade peut à peine rester couché à cause de l'anxiété respiratoire qu'il ressent dans le décubitus dorsal. Sueurs nocturnes depuis six semaines, hallucinations, sommeil agité. P = 100, précipité, petit ; sentiment de chaleur. Face congestionnée. Malade amaigri, très-inquiet. Quelques craquements au sommet du poumon droit, appétit presque nul.

Examen laryngoscopique. — Rétrécissement laryngé causé par l'immobilisation des aryténoïdes. Dilatation de la glotte impossible. Cordes vocales inférieures ulcérées. Iodure de potassium.

Le malade quitte le service le 2 mars, en voie d'amélioration.

CHAPITRE III

MALADIES DES OS

Comme dans notre précédent volume, nous diviserons ce chapitre en trois paragraphes ; le premier contiendra les lésions traumatiques ; le second, les inflammations, et le troisième les tumeurs.

§ I

FRACTURES

Afin de pouvoir l'utiliser plus utilement pour la statistique nous placerons dès le début les tableaux qui dans le précédent volume, se trouvaient à la fin de ce paragraphe.

(Plusieurs de ces observations ont été déjà publiées en partie par le D[r] Sabourin, alors notre interne, dans un mémoire intitulé : *De la rétention passagère de l'urine après les traumatismes non chirurgicaux*, *et de la nature de cette affection.* — Archives générales de médecine, 7[e] série, t. IV, p. 395.)

STATISTIQUE GÉNÉRALE

DES FRACTURES TRAITÉES DANS NOTRE SERVICE EN 1877 ET 1878

Tableau I.

DES OBSERVATIONS.	SIÉGE.	CAUSES ET MÉCANISME de la fracture.	COMPLICATIONS.	TRAITEMENT. APPAREILS.	TERMINAISON.
47	Bosse frontale droite.	Choc direct (chute sur le pavé).	Plaie.	Compr. d'eau alcool., puis occlusion.	Guérison.
48	Br. mont. et bord alv. du max. inf. g.	— (chute contre le bord d'un bateau).	—	Compr. fr. puis app. plâtré.	—
49	Corps du max. inf. g.	— (—sur le menton)	—	—	—
50	Lame de la 1re vert. dors.	— (chute de la hauteur d'un étage)	Plaie du cuir chevelu.	Pas de trait. loc.	—
51	Clavicule dr.	— (chute sur le moignon de l'ép.)	Aucune.	Réduct., coussin dans l'aiss., app. plâtré.	Cal. lég. saill.
52	— g.	— (chute d'un 1er étage.)	—	—	—
53	— dr.	— (— contre le brancard d'un tombereau).	—	Immob. par écharp., compress. résol., refus d'un autre app.	?
54	Sternum.	Chute d'un 5e étage (suicide).	Hémorr. visc. multiples.	Coma, pas de trait. local.	Mort.
55	2e Côte dr.	Choc dir. éboulement.	Sublux. stern.-clav.	Immob. par écharp.	Guérison.
56	7e —	— (contre pièce de vins en mouvt.)	Pl. cont. de la main.	Band. de corps.	—
57	8e — g.	— (renv. par voit.)	—	—	—
58	9e —	— (chute dans un escalier.)	Emphys. sous-cutané très étendu	Scarifications, puis band. de corps.	—
59	10e —	— (ch. d'une chaise).	Cont. de l'ép.	Vent. scar., band. de corps.	—
60	Humérus dr. (tête).	— (ch. sur le moign. de l'épaule).	Aucune.	Immob. 1/2 flex. par app. plâtré.	—
61	Humérus g. (col. chir).	Tract. viol. du bras et chute sur l'ép.	—	Réduct. puis app. plâtré.	—
62	Humérus dr. union 1/3 sup. et m.).	Chute sur l'épaule.	—	—	—
63	Humérus dr.	Choc direct contre le bord d'une table.	—	—	—
64	Épitrochlée g.	— (bras pris sous une caisse).	—	Immobil., compr. eau blanche.	—
65	Humérus dr.	— (bras att. par la roue d'une machine).	Pl. dont une comm. avec le foyer de la fr.	App. décr. in Clin. de 1876, p. 697.	Guéris. avec ankyl. du coude à angle obtus.
66	— g.	— (ch. d'un 5e étage).	Fract. vertébr. Hém. intra-rachid.	Pas de traitement de la fract.	Mort au bout de 5 heur.
67	—	— (renversé sous un omnibus)	Broiement des parties molles et de l'os.	Amput. du bras, part. moyenne.	Guérison.

Tableau II.

Nos DES OBSERVATIONS.	SIÉGE.	CAUSES ET MÉCANISME de la fracture.	COMPLICATIONS.	TRAITEMENT. APPAREILS.	TERMINAISON.
68	Cubitus et radius.	Choc dir. (avant-bras pris par la courroie d'une machine).	Plaie; iss. d'un fragment du cubitus.	Réduction après chlorof., app. plâtré avec fenêtre au niveau du foyer.	Guérison.
69	—	— (corps dur tombé sur l'av.-bras).	Aucune.	Compr. grad. Atelles maint. par des band. de diachyl.	—
70	Cubitus g.	— (chute d'une échelle).	—	App. plâtré.	—
71	—	— (ch. sur un trott.)	—	Même app. que dans l'obs. 68.	—
72	Radius dr.	Chute sur le dos de la main.	Plaie de l'av.-bras (mors. de chev.).	App. à comp. grad. et à atelles. Pans. eau alcool.	—
73	—	—	Aucune.	Même app.	—
74	—	— sur le bord cub. de la main.	—	—	—
75	Fémur dr.	? (chute à ricochets d'un 3e étage).	—	Gouttière, puis app. plâtré.	rac. = 2 c.
76	—	? (ch. d'une hauteur de 30m)	Epanch. sang.	Réd. tard., app. américain.	rac. = 1 c.
77	— g.	? (chute dans un escalier).	Aucune.	App. amér., puis app. plâtré.	Guérison.
78	—	Choc direct (contre le bord d'un trottoir).	—	App. plâtré.	—
79	—	— (éboulement).	—	App. amér., puis app. plâtré.	rac. = 2 c.
80	— dr.	Faux pas, rotation forcée du membre.	—	App. amér., puis app. silicaté.	rac. = 0.
81	— g.	Choc dir. (roue de voit. passe sur la cuisse).	Pl. issue d'un fragment.	Amputation de la cuisse.	Guérison.
82	— dr.	—	Hémiplég. ancienne, escharres de décubitus.	App. ouaté et app. amér.	Mort.
83	— g.	? chute.	Paraplégie ancienne.	Impossible de placer un app. cont.	Consol. imp.
84	Rotule gauche	? Chute en desc. de cheval.	Aucune.	App. en gutta-percha.	Cons. osseuse
85	Tibia et péroné dr.	Choc dir., chute d'une pièce de vin sur la jambe.	—	Goutt. puis app. plâtré.	Guérison.
86	— g.	? Chute de sa hauteur.	—	App. plâtré.	—
87	—	Choc direct, passage d'une roue de voiture sur la jambe.	—	—	—
88	— dr.	? Chute sur la jambe repliée.	—	— puis silic.	—
89	—	? Chute de la hauteur d'un 1er étage.	—	Goutt. puis app. plâtré.	—
90	Tibia et pér. dr.	Choc direct contre un bloc de pierre.	—	App. plâtré, puis silic.	Guérison.
91	— g.	? Chute.	—	—	—
92	-	Mouvement de levier dans une chute.	—	—	—

Tableau III.

Nos DES OBSERVATIONS.	SIÈGE.	CAUSES ET MÉCANISME de la fracture.	COMPLICATIONS.	TRAITEMENT. APPAREILS.	TERMINAISON.
93	Tibia et péroné	Mouvement de levier dans une chute.	Subluxat. du pied en dehors.	App. plâtré, puis silic.	Guérison.
94	— dr.	? Chute.	Aucune.	—	—
95	—	—	Pl. iss. d'un fragm.	Contre ouvertures.	—
96	—	Choc direct, coup de pied.	Plaie contuse.	Gout., app. plâtré.	—
97	— g.	Choc direct, moellon tombé sur la jambe.	Perte de connaissance, pl. contuse.	Goutt., app. plâtré.	—
98	— dr	Choc direct, coup de pied.	Pl. cont., emphys.	Gouttière plâtrée.	—
99	— g.	Mouvement de levier.	Ouv. art. tibio-tars. gauche	— occlusion de la plaie articulaire.	—
100	—	Choc direct.	Rhum. artic. aigu.	Abl. d'une esquille, app. plâtré.	—
101	Tibia g.	? Chute dans une lutte.	Aucune.	Goutt., atelles plâtr.	—
102	— dr.	Choc direct (passage de la roue d'une voiture).	Plaie contuse.	App. plâtré, puis silicaté.	—
103	— mall. int. droite.	Choc direct (chute d'une plaque de bronze).	Epanchement articul.	—	—
104	—	? Chute.	—	App. plâtré, puis dextriné.	—
105	Péroné droit.	Chute, rotation du pied.	Subluxation de l'astrag.	App. plâtré.	—
106	—	—	Aucune.	—	—
107	— g.	—	—	App. de Scultet.	—
108	—	—	—	App. plâtré, puis app. sil.	—
109	— dr.	—	—	—	—
110	—	—	—	—	—
111	—	—	Arracht lig. latér. int.	—	—
112	— g.	—	Aucune.	—	—

Si nous comparons les résultats enregistrés ici à ceux de nos statistiques précédentes, voici ce que nous obtiendrons :

1874-75

Tête		Frontal	1
		Base du crâne	1
		Cartilages du nez	1
		Maxillaire inférieur	1
Tronc		Clavicule	3
Membres	supérieur	Humérus	8
		Cubitus et radius	8
		Radius	7
	inférieur	Os iliaque	1
		Fémur	16
		Rotule	1
		Tibia et péroné	24
		Tibia	9
		Péroné	15
		Orteils	1
		Total	97

1875-76

Tête		Frontal et pariétal	1
		Pariétal	1
		Ethmoïde	1
		Maxillaire inférieur	2
Tronc		Vertèbres	2
		Clavicule	5
		Omoplate	1
		Côtes	5
Membres	supérieur	Humérus	10
		Cubitus et radius	4
		Radius	3
		Métacarpiens	1
	inférieur	Fémur	5
		Rotule	2
		Tibia et péroné	18
		Tibia	2
		Péroné	15
		Phalanges des orteils	3
		Total	91

1877-78

Tête		Frontal	1
		Maxillaire inférieur	2
Tronc		Vertèbres	1
		Clavicule	3
		Sternum	1
		Côtes	5
Membres	supérieur	Humérus	8
		Cubitus et radius	2
		Cbuitus	2
		Radius	3
	inférieur	Fémur	9
		Rotule	1
		Tibia et péroné	15
		Tibia	3
		Péroné	8
		Total	64

On peut voir que le total général de 1874 à 1879, comprend 254 cas. La plus grande partie est relative aux membres (197 cas), et dans ce nombre les fractures surtout fréquentes ont été celles des deux os de la jambe : elles forment un peu plus du cinquième de la totalité ($\frac{57}{254}$), puis viennent celles du péroné (40), celles du fémur (30), et enfin celles de l'humérus (28).

Nous allons voir successivement les points intéressants relatifs à chacun de ces os :

Nous avons peu de chose à dire sur les fractures du maxillaire, de la clavicule et des côtes.

L'observation LIV, portant pour titre fracture du sternum, est intéressante à plusieurs points de vue. La malade accouchée depuis quatre mois, avait eu pendant la période puerpérale des accidents psychiques dont la nature est mal déterminée. Depuis ce moment, elle a toujours eu des idées de suicide ; retirée par sa famille de la Salpêtrière, elle essaya d'abord de s'asphyxier; quelques jours après, elle sauta par la fenêtre d'un cinquième étage. Apportée presque aussitôt à l'hôpital, elle succomba dans la journée. Il n'y avait ni frac-

ture du crâne, ni fracture des os des membres; aucune ecchymose ne pouvait indiquer la place exacte sur laquelle le corps avait porté au moment de la chute. A l'autopsie on trouva entre les deux feuillets de l'arachnoïde et à la surface du cerveau une nappe de sang étalé ; la plèvre droite contenait un épanchement sanguin accompagné d'ecchymoses sous-pleurales.

Dans la cavité abdominale, autre épanchement entre la face postérieure du rein droit et la paroi correspondante, le sang avait fusé jusque dans le bassin. De plus le corps de la première vertèbre lombaire était brisé transversalement et le foyer de la fracture communiquait avec l'épanchement post-rénal.

Pour les fractures de l'humérus nous employons un appareil que nous avons mentionné déjà dans nos leçons antérieures et composé : 1° d'une atelle plâtrée fixée sur le moignon de l'épaule du côté de la fracture en haut et maintenant l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras; 2° d'une autre atelle, plâtrée également, constituant une sorte de ceinture thoracique qui maintient le bras rapproché du tronc ; 3° enfin une troisième atelle en écharpe va du coude à l'épaule du côté opposé où elle est fixée ; elle assure et complète l'action des deux autres. De cette manière, les fragments sont parfaitement immobilisés et si la réduction a été bien faite, il ne reste ni saillie, ni déformation.

Dans une autre fracture de l'humérus droit produite par la courroie d'une machine dans laquelle le bras avait été pris, et compliquée de plaies multiples dont une communiquait avec le foyer, nous fûmes assez heureux pour conserver le membre en nous servant de l'appareil décrit dans notre volume de Cliniques de 1876, page 697 (obs. LXVII). Dans un seul cas, nous dûmes faire l'amputation à la suite du broiement du bras sous la roue d'un omnibus.

Parmi les fractures du fémur, nous noterons les observations LXXXII et LXXXIII; un des individus en question avait une hémiplégie ancienne, l'immobilisation et le séjour au lit amenèrent des escharres de décubitus, et la mort eut

lieu par marasme. Chez le malade de l'observation LXXXIII, paraplégique depuis longtemps, la fracture ne se consolida point.

Signalons enfin l'observation C. Le malade qui était rhumatisant se fait une fracture de jambe. Deux jours plus tard, survient une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Ce fait doit être porté à l'actif de la théorie défendue énergiquement en France, depuis quelques années, par Verneuil et ses élèves, et d'après laquelle chez un individu en puissance de diathèse un traumatisme peut éveiller une manifestation aiguë.

A. Frontal.

Obs. XLVII. — *Fracture de la table externe du frontal. Plaie.* — Débuchot Alexandre, trente-cinq ans, camionneur, entre le 22 janvier 1877 salle Saint-Augustin, 71.

Intempérance habituelle. Au niveau de la bosse frontale droite, plaie étoilée d'une étendue de trois centimètres. En ce point il y a une fracture sans déplacement de la table externe de l'os. Ecchymose de la joue droite, gonflement des paupières du même côté ; difficulté de les entr'ouvrir, rien du côté de la vision. Plaie irrégulière du menton. Contusion du bras droit dans sa partie moyenne et interne. Compresses d'eau alcoolisée sur les plaies.

26 *janvier.* — On rapproche les bords des plaies avec des bandelettes de tarlatane collodionnées.

7 *février.* — Le malade complètement guéri quitte le service.

B. Maxillaire inférieur.

Obs. XLVIII. — *Fracture incomplète de la branche montante du maxillaire inférieur gauche et de son rebord alvéolaire.* — Rochy Eugène, vingt-cinq ans, journalier, entre le 25 mai 1877, salle Saint-Augustin, 7.

En montant un sac de blé, il est tombé de la hauteur de trente échelons, de l'échelle où il était, sur l'angle d'un bateau. C'est la partie inférieure de la face qui a porté. Sur le milieu de la lèvre inférieure et du menton, on remarque une plaie étoilée, intéressant la peau et le tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose ; en un des points elle comprend toute l'épaisseur de la lèvre inférieure et arrive jusque sur les gencives ; déformation de la bouche et de la partie inférieure de la face, par suite d'une tuméfaction considérable le long des branches

du maxillaire inférieur, mais cette tuméfaction est surtout considérable du côté gauche. Les dents inférieures ont conservé leur niveau, excepté les deux incisives gauches, la canine et la petite molaire du même côté qui sont mobiles. La mâchoire est fracturée au niveau du rebord alvéolaire, il y a une saillie en avant du fragment. Au palper, les douleurs sont très fortes au niveau des condyles, on trouve une mobilité anormale de la branche montante gauche; du côté droit rien de semblable.

En dedans de la lèvre supérieure, sur la ligne médiane, très forte ecchymose; l'alvéole de la première incisive gauche et celle de la canine sont fracturées. La douleur et le gonflement ne permettant pas de pousser loin l'exploration; nous attendons quelques jours pour nous assurer si la branche montante gauche du maxillaire est fracturée. Compresses d'eau fraîche; injection d'eau vineuse dans la cavité buccale; six jours après, il n'y a plus de doute sur la fracture. Appareil plâtré.

Le malade sort guéri le 27 juin.

Obs. XLIX. — *Fracture du corps du maxillaire inférieur. Plaie du menton.* — Porrein Jacques, vingt-six ans, bijoutier, entre le 28 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 25.

Poussé par un individu, il est tombé de sa hauteur sur le trottoir; le menton a porté dans la chute.

A son entrée dans le service, déformation présentée par la partie inférieure de la face, déjetée en avant et en dehors du côté gauche; la bouche est entr'ouverte et les dents supérieures et inférieures ne sont plus sur la même rangée. Le malade éprouve une vive douleur dans les mouvements très limités qu'il fait pour ouvrir la bouche.

Les index introduits dans la cavité buccale constatent une fracture verticale avec peu de déplacement et correspondant à une ligne que l'on abaisserait perpendiculairement de la dent canine au bord inférieur de la branche horizontale de l'os. Le fragment le plus antérieur remonte en haut, tandis que le postérieur est porté légèrement en bas en avant et en dehors. La douleur est exagérée par les mouvements imprimés au maxillaire et par la pression qu'on exerce au niveau du point fracturé. Le malade avait probablement les dents serrées au moment de l'accident, car la deuxième molaire supérieure du côté droit, la canine inférieure du même côté, les deux secondes molaires inférieure et supérieure du côté gauche sont brisées un peu au-dessus de la couronne. Sous le menton existe une plaie de cinq à six centimètres légèrement curviligne à bords réguliers, qui intéresse la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose. Gonflement peu marqué du menton et de la partie gauche de la lèvre inférieure. Pansement avec l'eau alcoolisée. Aliments semi-liquides.

On attendra que la plaie soit en voie de guérison pour appliquer un appareil.

10 *janvier*. — Le gonflement a disparu depuis plusieurs jours. La plaie ne tardera pas à être cicatrisée. Le malade ouvre plus facilement la bouche. Appareil plâtré en forme de fronde.

18. — Le malade est envoyé à Vincennes.

C. Colonne vertébrale.

Obs. L. — *Fracture de la lame de la première vertèbre dorsale. Plaie contuse du cuir chevelu.* — Gremichios Alphonse, quarante ans, fondeur en cuivre, entre le 18 février 1877, salle Saint-Augustin, 3.

Tombé d'un premier étage la veille, étant ivre; ne peut donner aucun renseignement.

Plaie contuse, transversale, de quatre centimètres, à la région pariétale gauche. Les bords sont renversés vers le fond et recouverts de caillots agglutinés avec les cheveux.

Lavage et réunion des bords de la plaie par deux points de suture, après avoir rasé le pourtour. Application de compresses d'eau froide. Douleur vive, s'exaspérant par la pression et les mouvements, au niveau de la première vertèbre dorsale ; léger enfoncement à gauche de l'apophyse épineuse. En pressant avec l'index, on sent un peu de crépitation au niveau de la lame vertébrale gauche ; pas de troubles fonctionnels : sensibilité normale ; pas d'ecchymoses. Repos absolu.

20 *février*. — On remplace les points de suture par deux bandelettes collodionnées ; la plaie est presque réunie ; mêmes symptômes qu'au début du côté de la première vertèbre dorsale.

1er *mars*. — Guérison de la plaie de tête.

14 — Les douleurs de la région dorsale ont complètement disparu. Plus de crépitation au niveau de la lame vertébrale, mais l'enfoncement persiste. Le malade quitte le service.

D. Clavicule.

Obs. LI. — *Fracture oblique de la clavicule droite à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes.* — Sénéchal Prosper, cinquante-cinq ans, étameur, entre le 4 juillet 1877, salle Sainte-Marthe, 7. La veille, chute de la hauteur de trois marches sur le moignon de l'épaule droite.

Tête légèrement inclinée à droite ; le bras droit est maintenu contre le tronc par la main du côté opposé. Légère ecchymose au niveau des deux tiers externes de la clavicule. Pas de déformation de l'épaule. Saillie sous-cutanée, peu accentuée, à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes de la clavicule. Au même niveau,

crépitation sanguine, douleur vive à la pression, mobilité anormale. Le fragment interne est élevé et fait saillie en haut et en avant, le fragment externe est profondément déprimé. La crépitation osseuse n'a lieu qu'en abaissant le fragment interne. La fracture est un peu oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Impuissance du membre à cause des douleurs. Pas de complication.

Réduction en appuyant sur la saillie du fragment interne et en écartant en dehors le moignon de l'épaule. Coussin sous l'aisselle. Appareil plâtré se composant de deux larges bandes plâtrées : l'une passant sous le coude et maintenant le membre fixé contre le tronc à la manière de l'écharpe de Mayor ; l'autre soutenant le coude par sa partie médiane et remontant par ses deux chefs l'un en avant, l'autre en arrière, pour se croiser sur l'épaule malade et aller se rejoindre sous l'aisselle opposée. Dix jours après l'application de l'appareil, le malade part pour Vincennes, il revient le 1er avril. On enlève l'appareil. Consolidation parfaite, légère saillie du cal.

Obs. LII. — *Fracture directe de la clavicule gauche à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes.* — Rateau François, cinquante-cinq ans, mécanicien, entre le 26 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 31. En passant dans la rue, une planche d'échafaudage lui tombe sur l'épaule de la hauteur d'un premier étage. Il a ressenti immédiatement une violente douleur et n'a pu se servir de son bras gauche.

Ecchymose occupant tout le creux sus-claviculaire. Le malade porte la tête penchée du côté de son bras gauche qu'il soutient avec la main droite. Saillie anormale au niveau de la partie moyenne de la clavicule. Le moignon de l'épaule paraît abaissé et un peu rapproché de la ligne médiane. Impuissance du membre supérieur correspondant. En promenant le doigt sur la clavicule, on provoque une violente douleur quand on arrive à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes ; en ce même point on rencontre une saillie, puis une dépression y faisant suite, en allant de dedans en hehors. A ce niveau aussi existe de la crépitation quand on fait exécuter au membre des mouvements.

La fracture est oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Le fragment interne est porté en haut, le fragment externe en bas et un peu en avant.

27 *septembre.* — Réduction en attirant en dehors et en élevant un peu le moignon de l'épaule. Appareil consistant en une large bande plâtrée soutenant l'avant-bras plié à angle droit sur le bras, à la manière d'une écharpe de Mayor. Les deux chefs viennent se réunir sur l'épaule et maintiennent les fragments au moyen d'un bouchon de ouate qu'ils compriment : le point d'appui est pris sur le coude. L'épaule est maintenue un peu écartée du tronc à l'aide d'un

coussin en coin placé dans l'aisselle. Une seconde bande également plâtrée, passée autour du tronc, tient le bras fixé contre la paroi thoracique.

30 *novembre.* — Le malade n'éprouve aucune douleur; il peut marcher dans les salles.

21 *décembre.* — Même état : quitte le service avec son appareil.

31. — Il revient à la consultation.

L'appareil est enlevé. La consolidation osseuse est définitive; le cal a le volume d'un petit œuf de pigeon.

Obs. LIII. — *Fracture directe de la clavicule droite à l'union du tiers externe et du tiers moyen.* — Benoît Adelmard, entre le 31 déc. 1878, salle Saint-Augustin, 80. En soutenant, appuyé sur l'épaule, un tombereau chargé de sable, pendant qu'un de ses camarades plaçait la chambrière, la force lui a manqué et le brancard est retombé lourdement sur la partie externe de la clavicule.

Contusion de toute cette partie externe, gonflement sur une étendue de 2 centimètres au-dessus et de 5 au-dessous. Saillie anormale de la clavicule. En appuyant le doigt sur cette saillie qui répond à l'union du tiers externe avec le tiers moyen, on provoque une vive douleur. On constate aussi une mobilité anormale et de la crépitation. La fracture est transversale avec issue du fragment externe en avant, mais le déplacement n'est pas considérable; quand on porte le bras en arrière en même temps que l'épaule, on l'exagère un peu.

Pendant plusieurs jours, on maintient le bras immobile à l'aide d'une écharpe et l'on applique des compresses d'eau blanche à l'endroit de la fracture pour diminuer le gonflement.

12 *janvier.* — Le malade refuse de se laisser appliquer un appareil et exige sa sortie.

E. Sternum.

Obs. LIV. — *Chute d'un 4e étage. Fracture du sternum. Diastasis du 2e cartilage costal gauche. Fractures du 2e cartilage droit et de la 1re vertèbre lombaire. Hémorragie méningée sans fracture du crâne. Vaste hémorragie intra-abdominale. Mort dans le coma.* — Bossuge Jeanne, trente ans, porteuse de pain, entre le 2 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 42. Cette malade, accouchée depuis quatre mois, a eu des accidents cérébraux à la suite (folie puerpérale).

Elle a séjourné à la Salpêtrière, d'où elle a été retirée non guérie par sa famille. Tourmentée par des idées de suicide, elle a essayé de s'asphyxier par le charbon et s'est jetée ensuite par la fenêtre d'un quatrième étage.

2 *mars. 10 heures.* — Apportée sans connaissance à l'hôpital.

Les pupilles sont légèrement dilatées, et les paupières fermées.

Il existe une petite ecchymose sur le cuir chevelu et une excoriation de la peau du front à droite. Pas d'écoulement par l'oreille ni par le nez. On ne trouve pas de fracture des membres, mais une fracture du sternum à l'union des deux premières pièces. Elle meurt dans le coma à une heure de l'après-midi.

Autopsie (quarante-huit heures après la mort), le 4 mars.

Sous le cuir chevelu, on trouve une ecchymose en nappe occupant en grande partie la moitié antérieure du crâne. Pas de fracture de la voûte. Le cerveau n'est pas contus ; il présente seulement à sa surface, entre les deux feuillets de l'arachnoïde et sur sa face supérieure, une nappe de sang étalé. Pas de foyer hémorragique dans la substance cérébrale. Pas de fracture de la base du crâne.

Poitrine. — La fracture du sternum est transversale et siège au niveau du deuxième cartilage costal. Il y a diastasis du cartilage costal gauche correspondant au niveau de l'articulation chondro-sternale. Le fragment inférieur du sternum fait saillie en haut et en avant. Le périoste n'est pas divisé en arrière. Il y a aussi fracture en rave du 7e cartilage costal du côté droit.

Dans la plèvre droite, on trouve un épanchement sanguin peu abondant et une ecchymose sous-pleurale à la partie supérieure du même côté.

Abdomen. — Dans la cavité abdominale existe un large épanchement sanguin entre la face postérieure du rein droit et la paroi abdominale correspondante. L'épanchement a fusé jusque dans le petit bassin. Fracture de la colonne vertébrale sans déplacement au niveau de la première vertèbre lombaire, Le corps de la vertèbre est divisé transversalement et le foyer de la fracture communique avec le foyer sanguin situé en arrière du rein droit. Tous les viscères sont intacts. Les ovaires sont encore volumineux; sur l'ovaire droit se trouve un petit kyste naissant de la grosseur d'un pois. Pas de fracture du sacrum ni des os iliaques. A la surface du corps il n'y a aucune ecchymose qui puisse indiquer exactement l'endroit de la chute.

F. Côtes.

Obs. LV. — *Fracture de la deuxième côte droite à un centimètre de son articulation sternale. Subluxation sterno-claviculaire.* — Tambini Auguste, quarante et un ans, entre le 27 mai 1877, salle Saint-Augustin, 3.

Un éboulement s'est produit dans une tranchée où il travaillait et l'a atteint à la partie supérieure du thorax. Un peu de rougeur de la peau, une légère contusion au niveau de l'articulation sterno-claviculaire s'étendent un peu au-dessus et au-dessous. Peu de douleur.

si ce n'est dans l'élévation du bras du côté correspondant. Crépitation au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite et de la deuxième côte avec le sternum, surtout quand on fait tousser le malade ou qu'on imprime au bras des mouvements d'arrière en avant ; mobilité anormale, un peu de douleur à la pression. Fracture sans déplacement de la deuxième côte à son extrémité inférieure. Subluxation de l'extrémité externe de la clavicule du même côté en haut. Le bras est immobilisé dans une écharpe.

30 *mai*. — Le malade ne souffrant plus demande à sortir.

4 *juin*. — Il peut reprendre son travail.

Obs. LVI. — *Fracture verticale de la septième côte*. — Gaillard (Antoine), trente-huit ans, charbonnier, entre le 21 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 10. Aidait à descendre du vin dans une cave, et se trouvait dans l'escalier au-dessous de la pièce qu'il dirigeait, pendant qu'un autre la laissait glisser. Les cordes ont manqué et la pièce a roulé sur le malade.

A son entrée : plaie contuse de la face dorsale de la main droite et des trois premiers doigts intéressant toute l'épaisseur des parties molles. Ecchymose de tout le côté droit du thorax ; douleur très vive immédiatement au-dessous du mamelon droit, s'exaspérant par la pression, les mouvements respiratoires et les efforts de toux. Mobilité anormale et crépitation faciles à constater, au niveau de la septième côte. Pas de déformation; pas de crachements de sang, pas d'emphysème. Respiration entrecoupée et précipitée. Application de dix sangsues *loco dolenti*. Bandage de corps en diachylon ; soulagement immédiat.

2 *février*. — Il sort avec son bandage qu'il enlève dix jours plus tard.

Obs. LVII. *Fracture de la septième, de la huitième et de la neuvième côtes droites*. — Metternich (Angèle), quarante-neuf ans, chapelière, entre le 7 janvier 1878, salle Sainte-Marthe, 50.

Hier, un fiacre l'a renversée et lui a passé sur la partie inférieure et antérieure du thorax.

A son entrée : dyspnée, toux, pas de crachement de sang; douleur aiguë en un point correspondant aux septième, huitième et neuvième côtes gauches. Ligne jaunâtre laissée par la roue de la voiture; légère tuméfaction de la partie atteinte. Au niveau du point douloureux, saillie produite par un fragment oblique en bas et en avant. C'est la huitième côte qui est fracturée. En plaçant l'oreille en ce point, on perçoit nettement la crépitation ; de plus, en appliquant la main, on constate deux autres fractures de la septième et de la neuvième côtes. De ces fractures, celle de la septième côte répond à son tiers antérieur, tandis que celles de la huitième et de la neuvième côtes répondent à leur partie moyenne. On n'obtient que de la

crépitation. Rien du côté des organes thoraciques; dyspnée peu prononcée. T = 38. P = 98. Immobilisation des côtes au moyen d'un large bandage en diachylon fortement serré.

La malade porte en outre sur la partie médiane de la face dorsale de la main droite, une petite plaie linéaire superficielle que l'on panse avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée maintenue par une bande.

8 *janvier*. — Respiration plus facile. Fièvre. Peu d'appétit. Soif vive. T = 37. — P = 92.

10. — Respiration encore gênée. Plus de fièvre. Appétit revenu. La soif persiste. T. = 37, 7. P. = 70.

12. — La malade se trouve très bien. La respiration est normale. Aucune douleur aux points fracturés, si ce n'est quand elle tousse.

Part pour le Vésinet le 18 février.

Obs. LVIII. *Fracture de la neuvième côte gauche à l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur. Emphysème généralisé consécutif. Scarifications. Guérison.* — Bouvet (Charles), trente ans, journalier, entre le 24 mai 1877, salle Sainte-Marthe, 11. Renversé par une voiture, il a reçu un coup de tête du cheval sur l'épaule droite et a été entraîné quelques pas.

Ecchymose prononcée occupant tout le côté gauche depuis l'aisselle jusqu'à la hanche. Douleurs très vives dans toute la région, plus intenses au niveau de la neuvième côte. Emphysème de la face, des joues et des paupières. Les oreilles, le nez, le front et le menton ont gardé leur aspect normal. Le cou, le thorax et l'abdomen sont tuméfiés; la peau est distendue, mais sans changement de couleur ni de température. Le scrotum et les deux tiers supérieurs des cuisses sont également distendus par l'emphysème ; les téguments du scrotum surtout le sont au point qu'ils sont transparents et réductibles à la pression ; mais, aussitôt qu'on la cesse, le gonflement revient brusquement. Les bras et les mains sont beaucoup moins déformés. (Voy. la figure dans le tome II de notre *Traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, Art. Scrotum). Dans toutes les régions où existe ce gonflement, il y a de la crépitation et de la sonorité gazeuses. L'air infiltré dans les mailles du tissu cellulaire soulève la peau qui à la pression rend un craquement et une crépitation qui se reproduisent à volonté. Dyspnée, céphalalgie ; à l'auscultation, on entend un peu de crépitation provenant surtout des parois thoraciques.

Il n'est pas possible de dire s'il y a une fracture de côte à cause de la crépitation gazeuse que l'on entend partout. Au niveau de la neuvième côte, on sent cependant un enfoncement. Le malade crache un peu de sang. Le pouls est plein, égal et bat 140. — T = 37°,5.

25 *mai.* — Même état. Hémoptysies peu abondantes. Pas de fièvre. P = 110. On fait sur le thorax 60 mouchetures avec la pointe d'un bistouri, et 20 environ sur le scrotum. L'air s'échappe sous forme de bulles par toutes ces piqûres. Le scrotum se vide par la pression, mais se remplit immédiatement. Pas de complications du côté des organes thoraciques. Dyspnée moindre. Dysurie, cathétérisme.

26. — P = 110. T = 37°, 6. Même état. Le malade souffre moins. Les symptômes vésicaux cessent.

27. — Pas de crachements de sang. L'emphysème est moins considérable. La partie supérieure des cuisses est revenue à son état normal.

28. — L'emphysème diminue sensiblement. La face et les parois thoraciques sont légèrement ridées et comme flétries. La douleur persiste au niveau des dernières côtes et surtout de la neuvième. Dyspnée presque disparue.

29. — Le scrotum et les parois thoraciques ont diminué de volume. P = 100.

30. — La face a repris son aspect normal, le scrotum aussi; la paroi thoracique seule présente encore un peu d'emphysème. Crépitation osseuse caractéristique sur la neuvième côte à l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur. Enfoncement du fragment postérieur au même niveau. Bandage de corps.

1er *juin.* — Plus de traces d'emphysème. Depuis que le malade porte son bandage, il souffre moins pendant les mouvements respiratoires et se lève tous les jours.

22. — Sort de l'hôpital.

28. — Il quitte son appareil. Plus de douleurs. Consolidation parfaite.

Obs. LIX. *Contusion de l'épaule. Fracture de la dixième côte gauche.* — Baudouin (Marius), soixante-treize ans, graveur sur pierre, entre le 10 avril 1878, salle Saint-Augustin, 73.

En montant sur une chaise, celle-ci a basculé et il est tombé sur le côté gauche. Aussitôt après, il a éprouvé de la dyspnée et à la partie inférieure du thorax du même côté une douleur forte surtout quand il respirait. Pas de déformation au niveau du point douloureux; teinte jaunâtre de la peau. En promenant les doigts en cet endroit, on exagère les douleurs sans provoquer de crépitation, mais, en faisant fortement tousser le malade, on parvient à sentir une fine crépitation.

L'épaule a violemment porté sur le sol et elle est le siège d'une douleur tellement vive que le malade ne peut faire aucun mouvement spontané. On remarque sur le moignon de l'épaule une large ecchymose qui le couvre tout entier et qui s'étend un peu sur le bras et du

côté de l'omoplate. Pas de luxation ni de fracture. Le malade se plaint en outre de douleurs dans la région lombaire. Ventouses scarifiées en cet endroit. Large bandage de corps fortement serré pour immobiliser la côte. Compresses d'eau blanche sur l'épaule.

Guérison rapide. Sort le 27 avril 1878.

G. Humérus.

Obs. LX.—*Fracture par pénétration de la tête de l'humérus droit. Perte de connaissance.* — Romeney (Henri), quarante-neuf ans, entre le 1er janvier 1877, salle Saint-Augustin, 73.

La veille, à la suite d'un étourdissement, il est tombé d'une échelle de la hauteur de 2 mètres sur le pavé : dans la chute, c'est l'épaule droite qui a surtout porté. Perte de connaissance pendant une demi-heure. Revenu à lui, il lui est impossible de se servir de son bras. A son entrée, tuméfaction très prononcée de l'épaule et principalement de la région deltoïdienne : l'épanchement de sang est manifeste. A la partie externe et supérieure, on voit une ecchymose de peu d'étendue. L'axe du membre supérieur est porté en dedans ; pas d'applatissement au-dessous de l'acromion. Impossibilité des mouvements de la part du malade qui soutient son bras demi-fléchi et rapproché du corps avec la main du côté opposé. Douleur très vive à la pression, pas de fluctuation : le muscle deltoïde semble néanmoins soulevé. Les mouvements de rotation produisent à la partie antérieure de l'articulation une crépitation très douce. En explorant le côté interne de la jointure, on constate que la tête et le col de l'humérus sont à leur place. Il s'agit d'une fracture par écrasement et par pénétration du col chirurgical et du col anatomique avec peu de déplacement. Dans les mouvements d'adduction et d'abduction on obtient une crépitation osseuse légère.

Nous attendons quelques jours pour mettre le membre dans un appareil inamovible à cause de l'abondance de l'épanchement sanguin ; nous nous contentons de le maintenir dans une écharpe et de faire appliquer sur l'épaule des compresses d'eau blanche.

5 *janvier*. — Le malade souffre peu ; le gonflement a diminué.

9. — Le gonflement a presque entièrement disparu ; nous mettons un coussin dans l'aisselle et nous plaçons sur le bras demi-fléchi une gouttière plâtrée qui remonte au-dessus de l'épaule. Une autre bande plâtrée le rapproche du tronc.

10. — Le malade ne souffre plus ; appétit et sommeil excellents.

11 *février*. — Nous enlevons l'appareil ; la consolidation est parfaite.

16. — Guérison sans raccourcissement. Les mouvements spontanés sont encore difficiles. Le malade reprend ses travaux.

Obs. LXI. — *Fracture indirecte du col chirurgical de l'humérus gauche. Perte de connaissance après l'accident.* — Jolivet (Jean), soixante-six ans, journalier, entre le 24 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 9.

Il y a deux jours, il tenait de la main gauche la rampe d'un tramway et se préparait à monter, quand la voiture se mit brusquement en marche, exerçant ainsi une violente traction sur le bras ; il tomba sur le moignon de l'épaule gauche et perdit connaissance.

A son entrée : contusion et ecchymose de toute la partie supérieure et externe du bras gauche. Gonflement uniforme s'étendant depuis l'épaule jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du coude. Épanchement sanguin sous-deltoïdien rendant plus accusé le creux correspondant à l'insertion du deltoïde et du brachial antérieur. Bras appliqué contre le tronc. Douleurs vives s'exaspérant par les mouvements provoqués ; impuissance du membre. Crépitation au niveau du col chirurgical de l'humérus, surtout sensible dans le mouvement de rotation. Les mouvements imprimés au corps de l'humérus ne se transmettent pas à la tête. Fracture transversale au niveau du col chirurgical ; le fragment inférieur fait saillie dans l'aisselle, tandis que le fragment supérieur proémine au dehors, au niveau de la partie moyenne du deltoïde. Réduction en fixant le moignon de l'épaule et en faisant l'extension sur le coude. Coussin dans le creux de l'aisselle ; écharpe de Mayor.

4 février. — Attelle plâtrée maintenant l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras et remontant jusqu'au moignon de l'épaule qu'elle embrasse. Autre attelle plâtrée en ceinture maintenant le membre fixé contre le tronc, tandis qu'une troisième bande passée sous le coude et l'avant-bras remonte en écharpe sur l'épaule saine où elle prend appui.

2 mars. — Nous ôtons l'appareil, consolidation presque complète. Appareil silicaté. Le malade quitte le service le quinzième jour. Plus tard il revient dans la salle, et nous enlevons l'appareil ; consolidation parfaite ; un peu de roideur dans les mouvements de l'épaule.

Obs. LXII. — *Fracture indirecte, un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen* (*H. gauche*). Lefèvre (Clotilde), soixante ans, marchande de jouets, entre le 5 septembre 1877, salle Sainte-Marthe, 31. La veille, elle est tombée sur le coude gauche un peu écarté du tronc.

A son entrée : gonflement uniforme du bras gauche depuis l'épaule jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation du coude. Le deltoïde est soulevé par l'épanchement, ce qui rend plus accentuée la dépression située au niveau de son insertion humérale. Pas d'ecchymose apparente. Déformation du bras au niveau du point

d'insertion du deltoïde, consistant en un soulèvement de la partie située au-dessus, tandis que la partie sous-jacente est attirée en dedans.

Douleurs à la pression dans toute la partie qui correspond aux deux tiers supérieurs du bras. Si, saisissant d'une main l'extrémité supérieure du membre et de l'autre la partie inférieure, on imprime à l'humérus des mouvements de latéralité, on constate une mobilité anormale et de la crépitation au niveau de l'insertion deltoïdienne. La fracture siège entre cette insertion et celle des muscles de la coulisse bicipitale. Le fragment supérieur a été légérement attiré en dehors par le deltoïde; le fragment inférieur est porté en dedans. La fracture est un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Impuissance du membre. Pas d'anesthésie cutanée. Raccourcissement de 1 centimètre.

Extension faite sur l'extrémité inférieure de l'humérus; contre-extension obtenue en croisant les mains sous l'aisselle; coaptation facile. Gouttière plâtrée embrassant l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras et remontant sur l'épaule à la surface de laquelle elle prend appui; autre bande plâtrée qui, partant de l'épaule gauche, descend en écharpe sur la partie postérieure de la poitrine, passe sous l'aisselle droite et remonte jusqu'à son point de départ. Une bande roulée sert à maintenir les attelles et le membre appliqué contre le tronc.

Au bout de trente jours l'appareil plâtré est enlevé. Cal osseux peu volumineux; pas de raccourcissement; appareil silicaté. La malade sort le 5 septembre et peut reprendre ses travaux le 16.

Obs. LXIII. — *Fracture directe à quatre travers de doigt au-dessus du coude.* — Guénot (Louis), cinquante ans, forgeron, entre le 19 février 1877, salle Sainte-Marthe, 11. Il y a quarante-huit heures, dans un violent mouvement du membre supérieur droit en arrière, la main étant chargée de 10 kilog. la partie inférieure du bras vint heurter le bord d'une table. Le poids tomba brusquement et les mouvements de l'avant-bras devinrent impossibles.

A son entrée : gonflement général de tout le bras, depuis la tête de l'humérus jusqu'au coude ; veines sous-cutanées plus apparentes qu'à l'état normal; pas d'ecchymose, sinon à quatre travers de doigt au-dessus du coude; là se trouve un épanchement sanguin transversal. Pas de déformation apparente; crépitation sanguine au-dessous de la couche musculaire. Crépitation osseuse et mobilité anormale à quatre travers de doigt au-dessus du coude. Douleurs vives occasionnées par les mouvements provoqués ; impuissance du membre.

Réduction facile en fixant le moignon de l'épaule et en exerçant une traction légère sur le coude. Le membre est maintenu pendant cinq jours dans une gouttière en fil de fer. Cataplasmes.

25 *février*. — Appareil plâtré composé d'une gouttière postérieure embrassant tout le membre et remontant jusqu'à l'épaule où elle est maintenue par deux bandes plâtrées qui croisent le thorax en avant et en arrière pour aller se réunir dans l'aisselle du côté opposé. Bras fixé au tronc par des tours de bande circulaires. Consolidation sans raccourcissement.

24 *mars*. — Le malade part pour Vincennes avec un appareil silicaté. Quinze jours après, son appareil est retiré ; il reprend ses travaux.

Obs. LXIV. — *Fracture de l'épitrochlée.* — Déjardin (Jules), dix-huit ans, emballeur, entre le 3 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 8. Le matin même il a eu le bras gauche pris sous une pile de caisses chargées de cylindres en verre et a fait de grands efforts pour se dégager. Une heure après l'accident il a senti une tumeur du volume d'une mandarine à deux travers de doigt au-dessous de l'olécrâne ; impossibilité de continuer son travail.

A la visite nous trouvons le membre dans la demi-flexion, gonflé depuis le tiers inférieur du bras jusqu'au tiers moyen de l'avant-bras. Ce gonflement est surtout considérable sur les côtés du coude. Les muscles épitrochléens et épicondyliens sont soulevés par un épanchement. L'olécrâne est facile à sentir ainsi que l'épitrochlée : l'épicondyle est moins reconnaissable au doigt ; cependant on distingue les trois saillies sur la même ligne. Pas de changement de coloration de la peau. Au niveau de l'épitrochlée, ecchymose linéaire de 4 centimètres de longueur sur 1 de largeur. Mouvements volontaires de flexion et de pronation possibles, mais douloureux ; mouvements d'extension faciles. Au toucher, pas de crépitation, pas de mobilité anormale. Cependant à cause de l'ecchymose et de la douleur vive au niveau de l'épitrochlée, nous soupçonnons que cette épiphyse est le siège d'une fracture sans déplacement. Le membre est placé dans une gouttière, immobilisé et recouvert de compresses d'eau blanche.

5 *janvier*. — Le gonflement diminue et permet de mieux explorer les surfaces osseuses. La douleur à la pression existe encore au niveau de l'épitrochlée.

8. — Le gonflement et l'ecchymose persistent ; la douleur est moins vive ; les mouvements de flexion et de pronation sont plus faciles et moins douloureux.

11. — Le point douloureux a disparu, l'ecchymose et le gonflement ont diminué, les mouvements de flexion sont presque normaux. Le malade se lève, le bras soutenu dans une écharpe.

22 *janvier*. — Sort guéri.

Obs. LXV. — *Fracture compliquée de plaie de l'humérus droit à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur.* — Alain (Edmond), vingt ans,

fleuriste, entre le 27 mai 1877, salle Saint-Augustin, 8. La veille de son entrée, le bras a été pris par la roue d'une machine qui, après avoir saisi la manche de la chemise, a tordu et fracturé l'humérus au tiers inférieur.

A son entrée : contusions multiples de l'avant-bras, du bras et de l'épaule. Deux plaies sur le bras, l'une à la partie moyenne de la face externe, de la grandeur d'une pièce de deux francs, l'autre plus petite à la partie supérieure de la face interne, au niveau du bord inférieur du grand pectoral. L'humérus est fracturé à l'union de son tiers moyen avec son tiers inférieur. La plaie inférieure communique avec le foyer de la fracture. Les muscles du bras sont broyés. On sent profondément une crépitation sanguine. Sur la peau, excoriations multiples. Toute la surface du bras est transformée en une vaste ecchymose. Sur l'épaule, le gonflement s'étend en avant jusqu'au sternum, en haut jusqu'à la racine du cou, en arrière jusqu'au milieu du dos. Là aussi ecchymoses et excoriations, mais pas de fracture de l'omoplate. Fièvre, langue sale. T = 39°.

Nous plaçons le malade dans notre gouttière en fil métallique garnie simplement de coussins d'ouate enveloppés de taffetas gommé. Ces coussins permettront le lavage des plaies et l'écoulement des liquides dans un vase placé au-dessous de la gouttière (1). Les plaies sont seulement recouvertes de compresses d'eau blanche renouvelées plusieurs fois par jour.

29 *mai*. — Suintement séro-sanguinolent par les deux plaies du bras. Les bords sont un peu gonflés. T = 38°,9.

30. — Pas de complication. Le suintement des plaies a légèrement diminué. T = 38°,2.

31. — État général excellent. T = 38°.

1er *juin*. — La plaie de la partie inférieure du bras tend à se fermer. Il n'y a plus de fièvre. Nous continuons les compresses d'eau blanche.

8. — Les bords de la plaie supérieure sont rouges et gonflés. Un peu de pus s'est accumulé dans le fond. Incision de 3 centimètres pour vider le foyer. Le gonflement général du membre a presque disparu. La plaie inférieure est sèche, rosée et lisse à sa surface. On dirait qu'il ne s'y forme pas de bourgeons charnus. Elle est un peu plus large qu'une pièce de deux francs. Sur les bords on voit apparaître une pellicule presque transparente.

15. — Tandis que la plaie supérieure, après avoir suppuré, se couvre de bourgeons charnus et se cicatrise, la plaie inférieure reste sèche et sans croûte.

26. — La plaie supérieure est fermée ; l'inférieure est réduite des

(1) Voir Cliniques de 1876, p. 697. Description et figures.

deux tiers : la cicatrice s'est faite de la circonférence vers le centre. Le malade est laissé dans sa gouttière.

2 *juillet.* — Les deux plaies sont complètement cicatrisées : celle de la partie inférieure du bras n'a jamais donné de pus.

15. — La fracture est consolidée, mais le blessé a le coude ankylosé à angle obtus et beaucoup de raideur dans l'articulation de l'épaule. Sort le 2 août.

Deux mois plus tard l'ankylose a disparu et il peut reprendre ses travaux.

Obs. LXVI. — *Fracture du bras gauche à la partie moyenne. Décollement étendu de la région sacrée. Fracture de la colonne vertébrale. Hémorrhagie intra-rachidienne. Mort. Autopsie.* — Broca (Joséphine), dix-sept ans, fruitière, entre le 21 février 1877, salle Sainte-Marthe, 45.

Le 21 février, à quatre heures, elle est tombée du cinquième étage dans une cour.

Vaste plaie de la région sacrée, avec hémorrhagie en nappe. Dénudation de tout le sacrum dont les fragments sont détachés sur les côtés. Large décollement dans tous les sens. En haut l'aponévrose lombo-sacrée est à découvert; sur les côtés le doigt arrive difficilement aux limites du décollement.

A droite, toute la face postéro-inférieure du grand ligament sacro-sciatique est à nu, le muscle grand fessier est soulevé, les branches de l'artère fessière sont probablement divisées; mais le sang ne s'écoule pas en jet. Avec le doigt on peut sentir le muscle pyramidal et tout le pourtour de la grande échancrure sciatique. Le décollement se poursuit encore plus en avant entre le grand et le moyen fessier.

A gauche, le décollement a une étendue moitié moindre. Les deux cornes du sacrum sont à nu et intactes. L'anus est béant; mais, en introduisant le doigt, on ne constate aucune déchirure du rectum.

Au niveau du périnée une plaie contuse qui n'empiète pas sur la vulve.

Fracture de l'humérus gauche, à sa partie moyenne. Petite plaie située à la partie postérieure et interne du bras communiquant avec le foyer de la fracture. Celle-ci est dentelée, oblique de haut en bas, d'avant en arrière, et dedans en dehors. Le fragment supérieur fait saillie en arrière et en dehors, l'inférieur fait saillie en haut et en dedans.

Forte saillie des apophyses épineuses des deux ou trois dernières vertèbres dorsales. Pas de crépitation si l'on cherche à les repousser. Saillie et mobilité anormale de l'extrémité externe de la clavicule gauche qui est luxée.

Le pied gauche est tourné un peu en dedans. Les malléoles sont intactes et dans leurs rapports normaux, mais l'astragale est repoussée

en avant. On sent très bien cet os au-devant du cou-de-pied. En arrière le tendon d'Achille paraît rétracté et le calcanéum se rapproche du ligament postérieur de l'articulation. Luxation de l'astragale en avant.

Agitation ; incapacité de nous donner les détails de la chute ; extrémités froides ; cyanose des mains ; pouls petit. Nous avons beaucoup de peine à réchauffer les extrémités. Les pupilles sont légèrement dilatées. Mort à six heures du soir.

Autopsie. — Quarante heures après la mort.

Fracture de la colonne vertébrale au niveau de la troisième vertèbre lombaire. Tout le rachis est mobile en cet endroit. Déchirure du ligament jaune correspondant. Léger épanchement de sang périnéphrétique provenant du foyer de la vertèbre fracturée. Le grand ligament vertébral commun antérieur fait saillie au même niveau. La fracture siège à la partie supérieure du corps de la vertèbre ; elle est un peu oblique de droite à gauche. Sang dans le canal rachidien. La moelle et les nerfs de la queue de cheval sont contus et entourés de caillots. Pas de fracture du bassin en dehors des esquilles du sacrum détachées pendant la vie. Rien de spécial à noter sur la fracture de l'humérus. Large épanchement sanguin autour du foyer. Les muscles et le tissu cellulaire sont triturés. La plaie cutanée communique avec le foyer. La direction des fragments est bien celle qu'on a reconnue pendant la vie. Le ligament capsulaire de l'articulation acromio-claviculaire est divisé, ainsi que les ligaments coraco-claviculaires, mais ceux-ci le sont incomplètement. L'extrémité externe de la clavicule fait saillie sur la face supérieure de l'acromion.

Obs. LXVII. — *Broiement du bras. Amputation. Ostéo-myélite tardive de la portion d'os restante. Guérison.* — Guziger (Gaston), treize ans, entre le 6 août 1877, salle Sainte-Marthe, 30. Le jour même, il a été renversé par un omnibus dont une roue lui a passé sur le bras gauche. A l'hôpital, nous constatons un broiement complet des deux tiers supérieurs de l'avant-bras gauche, du coude et du quart inférieur du bras. Les os sont mis à nu à travers des lambeaux de chair.

7 *août.* — Amputation circulaire de la partie moyenne du bras. Réunion par sutures métalliques à anses séparées, superficielles et profondes, des deux tiers supérieurs de la plaie dont les bords sont rapprochés dans le sens latéral. Nous laissons deux pinces hémostatiques pendant vingt-quatre heures sur les gros vaisseaux, et nous plaçons un tube élastique fenêtré pour faciliter l'écoulement des liquides de la plaie à la partie déclive. Pansement alcoolisé.

8. — T S = 38°,2.

9. — T M = 39°. P = 134. T S = 39°,3.

10. — Ni gonflement, ni rougeur autour de la plaie, T M = 39. P = 136. T S = 39° 2.

11 *août.* — Les fils sont retirés et remplacés par des bandelettes collodionnées. Les bandes tombent d'elles-mêmes. T M = 38°. P = 104. T S = 38,3.

12. — T M = 38. P = 104. T S = 38,3.

13. — T M = 37° 8. P = 96. T S = 38,3.

14. — Agitation toute la nuit ; vive douleur le long du bras. Il n'existe pas de changement dans la plaie, mais le moignon est un peu tuméfié : à la pression, la douleur est très vive dans toute l'étendue de l'os. Marchand, qui nous supplée, pense qu'il s'agit d'une poussée d'ostéo-myélite. T = 39. P = 112. Cataplasme tenant tout le bras. Pansement à l'alcool.

15. — T = 39° 2. La douleur est encore plus vive, le moignon et le bras sont gonflés, mais sans altération des téguments ; la plaie est un peu blafarde ; il s'écoule un liquide séreux par le tube laissé en place.

16. — P = 120. T M = 38. Même traitement. Il y a une détente notable dans la douleur. T S = 39° 2.

17. — T M = 38°,4. P = 112. Nuit très agitée. Le pourtour de la plaie est œdémateux ; la douleur est toujours très vive sur l'humérus.

18. — T S = 38°,7.

19. — T M = 37°,8. P = 100. Nuit médiocre. La cicatrice et le pourtour sont toujours blafards. Il ne se fait aucune collection purulente ; par le tube il ne sort qu'une petite quantité de liquide séro-purulent.

20. — T S = 38°,1.

21. — T M = 37°,2. P = 92. On peut maintenant remuer le bras pour le pansement sans provoquer de cris. T S = 37°,3.

En quelques jours tout a disparu. Le tube est retiré. Il ne reste aucun signe de gonflement du côté des parties profondes. Huit jours après l'enfant se promène dans les salles.

H. CUBITUS ET RADIUS.

Obs. LXVIII. — *Fracture de la partie moyenne des deux os de l'avant-bras gauche. Issue du fragment inférieur du cubitus au dehors.* — Sabattier (André), seize ans, tourneur en fer, est transporté le 3 juin 1878, salle Saint-Augustin, 7. Il vient d'avoir le bras gauche pris par la courroie d'une machine et ne peut donner que des renseignements vagues sur la manière dont lui est arrivé l'accident. On constate à la partie moyenne et antéro-interne de l'avant-bras une plaie à bords déchiquetés de la largeur d'une pièce de cinq francs par laquelle un fragment d'os fait issue. Peu de gonflement à la partie supérieure de l'avant-bras, mais la partie située au-dessous de la plaie et la

main tout entière sont tuméfiées. On voit à travers la plaie un fragment du cubitus dirigé en haut et en dehors, long de 2 centimètres. Douleurs vives, mouvements impossibles. En promenant le doigt le long du radius, on perçoit à 2 centimètres environ de la fracture du cubitus, de la douleur, de la crépitation et une mobilité anormales. Cette fracture est oblique de bas en haut et de dedans en dehors.

Réduction facile après l'anesthésie par le chloroforme. Contention avec deux attelles plâtrées couvrant les faces latérales et postérieures de l'avant-bras. Pour donner plus de solidité à l'appareil, on met un bracelet plâtré au niveau du poignet et de l'articulation huméro-radio-cubitale.

19 *juillet*. — Consolidation encore incomplète. Plaie cicatrisée. Le malade sort. Quelques jours après, guérison.

Obs. LXIX. *Fracture directe à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen*. — Perret (Pierre), cinquante-trois ans, polisseur sur métaux, entre le 19 septembre 1877, salle Sainte-Marthe, 32.

Bien constitué, sans antécédents pathologiques. La veille, l'avant-bras gauche en pronation reposait sur un plan horizontal quand, de la hauteur d'un plafond, il reçut une poulie pesant 10 kilogrammes. Gonflement et ecchymose de tout l'avant-bras jusqu'au coude. Œdème dorsal de la main. A la face postérieure de l'avant-bras, à 6 centimètres au-dessus du poignet, on voit une plaie contuse, transversale, large de deux travers de doigt. A ce niveau, douleur vive à la pression, crépitation, mobilité anormale, fracture transversale des deux os avec déplacement des fragments qui diminue l'espace interosseux. Les douleurs s'exaspèrent par les mouvements spontanés. Impuissance du membre. Le malade le tient appuyé sur le tronc, l'avant-bras fléchi sur le bras dans la pronation.

Pendant quatre jours, le membre est maintenu dans une gouttière en fil de fer et entouré de compresses imbibées d'eau blanche.

24 *septembre*. — L'avant-bras étant dans la supination, nous appliquons sur les faces antérieure et postérieure, au niveau de l'espace interosseux, des compresses graduées, deux attelles et une bande roulée. Il est ensuite fléchi sur le bras et maintenu dans cette position à l'aide d'une écharpe.

29. — Le malade quitte le service avec son appareil.

Le quarantième jour, il revient. Le cal est osseux, régulier, plus sensible sur le cubitus ; les mouvements du coude s'exécutent bien ; ceux du poignet sont un peu douloureux.

I. Cubitus.

Obs. LXX. *Fracture de l'olécrâne. Pneumonie.* — Lejuste (Emmanuel), quarante-deux ans, fabricant de cafetières, entre le 1er novembre 1877, salle Sainte-Marthe. Cet homme, est tombé, il y a deux jours, du haut d'une échelle sur le coude gauche fléchi. Il n'a pas entendu de craquement au moment du choc, mais il a eu le coude engourdi et endolori sans fourmillement dans les doigts. Il n'a pu se servir de son membre depuis l'accident.

A son entrée : gonflement et ecchymose au niveau de la région postérieure du coude. En explorant l'olécrâne, on trouve qu'il est mobile. La crépitation se perçoit très facilement. Il n'y a pas d'écartement dans l'extension du bras. Si l'on fléchit l'avant-bras, un léger écartement se produit et le fragment fait saillie en arrière. Dans la flexion complète, il n'est pas écarté du cubitus de plus d'un travers de doigt. Les ligaments postéro-interne et postéro-externe de l'articulation ne paraissent pas entièrement déchirés. Quand on remue le fragment, la douleur provoquée est moins forte en dedans qu'en dehors.

Une attelle plâtrée est placée à la partie interne, l'avant-bras étant dans la demi-flexion. Deux bracelets plâtrés entourent le poignet et le tiers supérieur du bras.

Quelques jours après son accident, le blessé est pris d'une pneumonie qui guérit après avoir suivi son cours habituel.

Nous retirons l'appareil plâtré au bout de cinq semaines. La consolidation est parfaite. Le cal est seulement un peu volumineux et les mouvements complets de l'articulation du coude restent douloureux. Nous recommandons au blessé de faire beaucoup d'exercice avec le bras et de le frictionner avec de l'alcool camphré.

Revu dans les derniers jours de décembre, le malade se servait de son bras aussi facilement qu'avant la fracture.

Obs. LXXI. *Fracture transversale, sans déplacement, à 4 centimètres au-dessous de l'articulation du coude gauche.* — Leroy (Joseph), trente-sept ans, cocher, se présente à la consultation le 18 octobre 1877. Fort, bien constitué, sans antécédents pathologiques.

La veille au soir, il a été poussé par un mouvement brusque de son cheval et il est tombé de sa hauteur sur l'angle d'un trottoir. La chute a porté sur l'avant-bras gauche fléchi à angle droit et en pronation.

Cet homme soutient de la main droite l'avant-bras gauche fléchi sur le bras et appuyé contre le tronc. On ne constate qu'un léger gonflement limité au voisinage de l'articulation huméro-cubitale. Peu de déformation, légère écorchure transversale sans ec-

chymose au niveau de la crête du cubitus, à 4 centimètres au-dessous de l'articulation. A cet endroit mobilité anormale, crépitation, fracture transversale sans déplacement des fragments. Impuissance du membre, douleur vive dans les mouvements provoqués, surtout dans la flexion, presque nulle dans la rotation.

Nous plaçons en avant et en arrière de l'avant-bras des compresses graduées et des attelles en bois que nous maintenons avec des bandelettes de diachylon.

Le trentième jour, le malade sort guéri. Consolidation parfaite.

J. Radius.

Obs. LXXII. *Fracture transversale du corps du radius droit sans déplacement.* — Tournion (Aimé), quarante-cinq ans, charretier, entre le 16 mai 1877, salle Sainte-Marthe, 15. La veille, il a été mordu par un cheval à l'avant-bras gauche et, en voulant s'éloigner, il est tombé sur le dos de la main droite fortement fléchie.

A son entrée nous voyons sur la face antérieure de l'avant-bras gauche deux plaies semi-circulaires se regardant par leur concavité et portant l'empreinte des dents du cheval; elles sont superficielles et n'intéressent que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Le blessé maintient avec la main gauche l'avant-bras droit demi-fléchi. Gonflement ecchymotique de la partie postéro-externe de cet avant-bras surtout marqué au tiers moyen. Pas de déformation. En promenant le pouce sur la longueur du radius, on découvre à quatre travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet, un point très douloureux, de la mobilité anormale, une crépitation nette et une fracture transversale sans déplacement. Tous les mouvements de l'avant-bras sont conservés ; les mouvements de rotation sont très douloureux.

Au niveau de cette fracture, nous appliquons un appareil composé de compresses graduées antérieure et postérieure d'attelles et d'une bande roulée. Consolidation complète et régulière le vingtième jour. A cette époque, il ne reste qu'un peu de rigidité dans les mouvements de rotation et de flexion.

Quant aux plaies de l'avant-bras gauche, elles ont été pansées avec l'eau alcoolisée et se sont cicatrisées en dix jours.

Obs. LXXIII. *Fracture indirecte de l'extrémité inférieure du radius droit.* — Villerez (Léon), dix-sept ans, couvreur, entre le 15 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 15. Il vient de tomber d'un premier étage sur le côté droit et ne peut nous donner d'autres renseignements.

La hanche et la face externe de la cuisse du côté droit sont largement ecchymosées; la paume de la main droite présente une plaie

contuse ; l'avant-bras droit est impuissant et douloureux, surtout au niveau de l'articulation radio-palmaire qui est tuméfiée. Ce gonflement se perd en remontant à quatre travers de doigt. A ce niveau, on constate la déformation en dos de fourchette, mais elle est peu prononcée. La main, légèrement fléchie, est dans son axe normal. A trois travers de doigt au-dessus de la surface articulaire du radius, la pression exaspère la douleur. Si l'on essaie d'imprimer au corps de l'os et de l'extrémité inférieure du radius des mouvements de latéralité, on obtient au même niveau une mobilité anormale, de la crépitation, et on constate aisément qu'il existe une fracture transversale de l'extrémité inférieure du radius. Le fragment supérieur est déplacé en avant et l'inférieur en arrière, mais ce déplacement est à peine appréciable. Les mouvements de rotation de l'avant-bras sont très douloureux, ceux de l'articulation radio-carpienne sont conservés, bien que douloureux.

La réduction s'opère d'elle-même en tirant la main et en la laissant pendre en dehors. Appareil composé d'attelles antérieure et postérieure et de deux coussins maintenus par une bande roulée. La main reste à découvert; elle est portée en dehors pour maintenir la réduction.

10 *novembre*. — Consolidation parfaite.

Obs. LXXIV. *Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche.* — Leprince (Alphonse), quarante-deux ans, journalier, entre le 2 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 15. La veille, il a fait une chute de la hauteur de 15 pieds; le bord cubital de la main gauche fléchie a porté contre le sol.

A son entrée, déformation du poignet gauche en dos de fourchette ; abduction de la main; saillie de l'extrémité inférieure du cubitus ; les deux apophyses styloïdes radiale et cubitale sont à la même hauteur. Saillie des tendons des deux muscles radiaux. Pas d'ecchymose, pas de gonflement appréciable. Impossibilité des mouvements de la main. Douleurs vives dans toute l'articulation du poignet exaspérées par les mouvements. Point douloureux sur le radius à un travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire. Ni crépitation, ni mobilité anormale.

Réduction facile à l'aide d'une traction sur la main pendant qu'un aide exerce la contre-tension sur l'avant-bras. Appareil composé de compresses graduées appliquées sur les faces antérieure et postérieure de l'avant-bras, recouvertes d'attelles et d'une bande roulée, la main étant placée dans une légère flexion.

Le malade quitte le service le 4 avril avec son appareil et revient dans la salle le vingtième jour. Consolidation parfaite.

K. — Fémur.

Obs. LXXV. — *Fr. oblique du tiers moyen du fémur droit.* — Demoulin (Joseph), vingt-huit ans, homme de peine, entre le 17 décembre 1876, salle Saint-Augustin, 7. Cet homme, en état d'ivresse, est tombé d'un quatrième étage sur un mur haut de trois mètres et de là dans une cour bitumée. Il n'a pas perdu connaissance, mais il ne peut nous dire quelle partie du corps a porté soit contre le mur, soit sur le sol. Impossibilité de se relever ; il est transporté à l'hôpital le soir même de l'accident.

A la visite du lendemain nous constatons une déformation de toute la cuisse droite qui est le siège d'un gonflement considérable. Pas d'ecchymose. Le malade se couche le corps courbé comme en cerceau sur le côté de la fracture. (Nous avons observé souvent ce phénomène dans les fractures de cuisse.)

La tuméfaction est surtout marquée à la partie moyenne de la cuisse ; elle descend jusqu'à la rotule et remonte au-dessus de la partie moyenne du muscle couturier. Tout le membre inférieur droit est dans la rotation forcée en dehors ; il repose sur sa face externe, et presque sur sa face antérieure ; la jambe est fléchie sur la cuisse, le talon est porté près de l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen.

Quand on cherche à remettre le membre dans une bonne direction, la saillie anormale devient plus apparente ; elle augmente encore sous l'impulsion des contractures musculaires ; la face externe de la jambe est semi circulaire.

Le doigt promené sur la surface du membre constate à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur une saillie dure, produite par un des fragments de l'os qui semble traverser le muscle droit antérieur. Le toucher reconnaît que le fragment supérieur est porté en dehors et en avant tandis que l'inférieur est refoulé un peu en arrière et en dedans. Impossibilité de sentir la crépitation à cause du sang épanché dans le foyer de la fracture. A la mensuration, de l'épine iliaque antérieure et supérieure au bord supérieur de la rotule, raccourcissement de 3 centimètres dû en partie à la contraction musculaire.

On place le membre dans une gouttière et l'on fait des applications de compresses imbibées d'eau blanche.

21 *janvier*. — Appareil américain.

2 *mars*. — Le malade a enlevé lui-même son appareil et refuse de s'en laisser appliquer un autre. La consolidation n'est pas faite.

7. — Il demande qu'on lui remette un appareil.

10 *avril*. — Le nouvel appareil est enlevé. Raccourcissement de 2 centimètres. Consolidation parfaite.

13 *avril.* — Le malade est envoyé à Vincennes.

Obs. LXXVI. — *Fracture du côté droit. Épanchement sanguin considérable. Perte de connaissance après l'accident.* — Jibot (Louis), quarante ans, peintre en bâtiments, entre le 1er janvier 1877, salle Saint-Augustin, 2. Chute de la hauteur de 30 mètres sur le pavé. La tête et tout le côté droit du corps ont porté, mais le malade, qui n'a pas perdu connaissance, affirme que c'est la hanche qui a reçu le choc le plus violent.

Le lendemain de l'accident, déformation très prononcée de la fesse droite et de toute la cuisse qui présentent une forme globuleuse; augmentation de volume du genou et soulèvement de la rotule. Pas de changement de coloration de la peau; l'épanchement est surtout considérable au niveau du grand trochanter dont il masque la saillie; douleurs vives à ce niveau; impuissance du membre qui est dans la rotation en dedans.

Raccourcissement apparent de 1 centimètre. Au palper on constate que les muscles de la région de la cuisse, en particulier les adducteurs et le triceps, sont soulevés par un épanchement de sang considérable, qu'il y a une douleur très vive à la pression sans que l'on puisse trouver son principal foyer. Le plus petit mouvement provoqué arrache des cris au malade. Pas de crépitation, pas de mobilité anormale permettant d'affirmer qu'il existe une fracture. Néanmoins nous plaçons le membre dans une gouttière et nous le recouvrons de compresses d'eau blanche.

2 *janvier.* — La douleur diminue, le gonflement persiste.

3. — Le gonflement est moindre, les mouvements sont encore impossibles. Pas de crépitation.

4. — Le gonflement a diminué assez pour que les mouvements de rotation du membre puissent se transmettre au grand trochanter.

5. — Pas de crépitation.

8. — Le membre a presque repris son volume. Il est moins douloureux. En plaçant le bras gauche sous la cuisse et saisissant le genou de la main droite pour essayer de fléchir la cuisse, nous sentons une crépitation nette à deux travers de doigt au-dessous du grand trochanter. Ce signe, joint au raccourcissement, ne permet plus de douter qu'il y ait fracture.

10. — L'épanchement ayant disparu, outre la crépitation, nous sentons distinctement deux fragments osseux, dont le supérieur est porté en avant. La mensuration des deux membres inférieurs montre que le raccourcissement, qui n'était d'abord que de 1 centimètre, est actuellement de 2 centimètres et demi, ce qui tient peut-être aux mouvements imprimés la veille pour reconnaître la fracture; celle-ci est réduite. Le membre est placé dans l'appareil américain modifié par Deny.

11. — L'appareil s'est relâché. Au moyen de quelques tours de vis, nous faisons disparaître 1 centimètre de raccourcissement qui s'était reproduit.

16 *février*. — Le malade indocile a retiré lui-même son appareil; la consolidation n'est pas complète. Nous en appliquons un nouveau.

4 *mars*. — Consolidation avec un centimètre de raccourcissement. Le malade marche le lendemain avec des béquilles et sort le 17.

Obs. LXXVII. *Fr. oblique* (*F. gauche*). — Mercier (Victorine), soixante-six ans, journalière, entre le 21 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 51. Est tombée dans un escalier, de la hauteur d'un premier étage; parvenue à se relever, elle est retombée aussitôt.

La cuisse est déformée ; sa face antérieure regarde en dehors et sa face externe repose sur le lit; la rotule regarde aussi en dehors ; le pied repose sur son bord externe. A la cuisse, et descendant jusqu'au genou, on observe un gonflement assez prononcé. Mouvements volontaires impossibles. La main pressant au niveau de la saillie, c'est-à-dire à la partie moyenne de la cuisse, provoque une douleur assez vive. Les mouvements d'adduction et d'abduction produisent de la mobilité anormale, de la crépitation, et font saillir le fragment inférieur en haut et en dehors : c'est une fracture oblique de bas en haut et de dedans en dehors. On place le membre dans une gouttière. Compresses d'eau blanche.

17 *novembre*. — On immobilise le membre avec l'appareil américain.

20 *décembre*. — Il y a un commencement de consolidation. On enlève le premier appareil et on le remplace par un appareil plâtré. Sort guéri le 15 janvier 1878.

Obs. LXXVIII. *Fr. oblique du corps* (*Fr. gauche*). — Hoular (Henri), soixante-huit ans, sans profession, entre le 9 décembre 1877, salle Saint-Augustin, 74. Maigre, anémique. Il a fait un faux pas, est tombé sur le rebord d'un trottoir et n'a pu se relever. Saillie peu prononcée de la partie moyenne de la cuisse gauche ; légère torsion du membre en dehors. Le pied repose en partie sur son bord externe, la rotule regarde un peu en dehors; impuissance du membre ; léger gonflement au niveau de la fracture.

Douleur à la pression au niveau de la saillie ; mouvements provoqués très douloureux; mobilité anormale et crépitation. Le fragment inférieur fait saillie en dehors ; 1 centimètre de raccourcissement. Gouttière; compresses d'eau blanche.

12 *décembre*. — Plus de gonflement. Appareil plâtré. Consolidation régulière.

Obs. LXXIX. *Fr. transverse* (*F. gauche*). — Marley (Jacques), cinquante trois ans, terrassier, entre le 25 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 6. Il vient d'être pris sous l'éboulement d'un tombereau de sable; n'a pu se relever quand il a été dégagé.

Gonflement de la cuisse et du genou. Tout le membre inférieur repose sur la face externe. La jambe est demi-fléchie et sa face interne regarde en haut, de même que le bord interne du pied. Impuissance complète du membre. Pas de douleurs spontanées, mais douleurs très vives à la pression et dans les mouvements provoqués; maximum en un point correspondant au quart inférieur du fémur. Mobilité anormale et crépitation. La fracture est transversale, sans chevauchement. Un centimètre de raccourcissement. Gouttière; compresses d'eau blanche.

30 *janvier*. — Appareil américain.

25 *mars*. — On enlève l'appareil, qui est complètement relâché, pour en appliquer un nouveau. Consolidation avancée.

28 *avril*. — Appareil dextriné. Consolidation complète. Raccourcissement de 1 centimètre. Sort le 2 juin.

Obs. LXXX. — *Fr. sus-condylienne oblique* (*F. droit*). — Cheminant (François), trente ans, chaudronnier, entre le 29 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 9. Vigoureux, bien constitué, sans antécédents pathologiques. La veille, en luttant avec un de ses camarades, il reçoit un croc en jambe et tombe la jambe droite prise sous son adversaire. La jambe et le pied sont dans l'abduction forcée. Plaie contuse superficielle au niveau du tendon rotulien. Epanchement considérable dans l'articulation du genou. Le cul-de-sac synovial supérieur forme un relief au-dessous du tendon du triceps. Toute la face antérieure de la cuisse est tuméfiée. Pas d'ecchymose. Au toucher, épanchement sanguin considérable au-dessous du triceps. Mobilité anormale à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, obtenue en soulevant la cuisse d'une main, l'autre étant placée dans le creux poplité. Crépitation surtout sensible au côté externe, déterminée par les mouvements d'extension. Deux centimètres de raccourcissement en mesurant comparativement les deux membres depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la malléole interne. La fracture est un peu oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Petite plaie contuse au-dessus de la rotule du même côté. Réduction et immobilisation dans une gouttière. Cataplasmes. Compresses imbibées d'eau blanche.

5 *mai*. — L'épanchement articulaire est résorbé. L'épanchement sous-tricipital est presque aussi considérable que le premier jour. Appareil américain modifié. L'épanchement sanguin se résorbe peu à peu.

9 *juillet*. — Consolidation parfaite. Appareil silicaté.

11. — Le malade quitte le service. Pas de raccourcissement.

Obs. LXXXI. — *Fracture oblique de l'extrémité inférieure du fémur gauche avec issue du fragment supérieur. Fracture triple et intra-articulaire de l'extrémité supérieure du tibia. Réduction. Arthrite purulente. Amputation elliptique à l'union des tiers moyen et inférieur de la cuisse par le procédé de M. Duval. Pansements alcoolisés et phéniqués à découvert. Guérison.* — Rosat (Louis), quinze ans, charretier, entre le 8 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 10.

Tombé de sa voiture lourdement chargée; la roue lui a passé obliquement sur l'extrémité inférieure de la cuisse gauche; sur le côté interne du genou et sur l'extrémité supérieure du tibia.

Trois heures après l'accident, gonflement considérable de toute la cuisse et du genou; pas d'ecchymose.

A la face inféro-interne de la cuisse, plaie contuse oblique de haut en bas et d'avant en arrière, longue de 5 centimètres, par laquelle un fragment du fémur fait saillie au dehors; cette plaie donne beaucoup de sang.

La fracture siège à 6 centimètres au-dessus des condyles; elle est oblique en bas et en dedans. C'est le fragment supérieur qui fait saillie. Fractures multiples et sans déplacement de l'extrémité supérieure du tibia.

Le gonflement du genou et des parties molles avoisinantes masque complètement la saillie des fragments et empêche de reconnaître leur direction, d'autant plus que le palper provoque des douleurs qui ne permettent pas de prolonger l'examen; le malade est dans une grande prostration et ne répond pas aux questions.

Nous réduisons les fractures et nous appliquons sur la plaie des couches d'amadou superposées pour arrêter le sang; compression méthodique afin de maintenir les fragments; gouttière; vin de Bagnols, sulfate de quinine, aconit.

10 *janvier*. — État satisfaisant. Le malade est moins déprimé. Le gonflement du membre n'a pas augmenté; nous enlevons les rondelles d'amadou et nous faisons l'occlusion de la plaie avec de la baudruche collodionnée. Bagnols. Viandes rôties. T = 38°. P = 96.

11. — Même état. Appétit. T = 37°,9. P = 92.

12. — Les douleurs diminuent, mais l'épanchement ne se résorbe pas. L'occlusion de la plaie semble à peu près complète, sauf à la partie inférieure où s'écoule un peu de sérosité. Appétit. Langue normale. T = 37°,8. P = 84.

13. — Frissons nocturnes, insomnie. Ne veut rien prendre. T = 38°,2. P = 98.

14. — Les frissons continuent. Fièvre plus intense. Le liquide du genou, au lieu de se résorber, semble augmenter. Pas de

sommeil. Appétit nul. Langue sale. T = 38°, 7. P = 104. Vin et potages.

15. — Le membre est très douloureux. La pression sur la tubérosité antérieure du tibia exagère les douleurs. L'articulation a encore augmenté de volume. Du pus s'écoule en abondance par la plaie. Fièvre intense. Appétit et sommeil nuls. T = 39°,2. P = 120.

16. — Même état.

17. — Peau brûlante. Les lèvres et la langue sont couvertes d'un enduit noirâtre. La fièvre prend des proportions effrayantes ; en même temps le genou et la cuisse se tuméfient de plus en plus. Nous enlevons le pansement occlusif et nous le remplaçons par un pansement alcoolisé. T = 40°. P = 130.

18. — L'état fébrile s'aggrave, la suppuration est plus abondante. Contre-ouverture pour faciliter l'écoulement du pus. T = 40°,4. P = 138.

19. — T = 40°,5. P = 138. L'état général est très mauvais. Il est évident que nous avons affaire à une arthrite purulente du genou.

21. — Pas d'amélioration. En présence des symptômes généraux que les incisions n'ont pas améliorés, nous nous voyons obligés d'amputer la cuisse. Nous pensons que la multiplicité des fractures du fémur et du tibia et l'intensité des désordres articulaires ne nous permettraient pas de tenter la résection ; d'ailleurs notre malade est trop affaibli pour fournir une longue suppuration.

L'amputation est faite suivant le procédé elliptique de M. Duval à l'union du tiers inférieur de la cuisse avec le tiers moyen. Pendant qu'un aide comprime la fémorale dans le triangle de Scarpa, nous incisons du même coup la peau et le tissu cellulaire. Puis nous relevons le lambeau, et par une seconde incision nous coupons toutes les parties molles jusqu'à l'os. Celui-ci est détaché au moyen de la scie à main. Douze pinces hémostatiques sont laissées sur les vaisseaux les plus volumineux. Pansement alcoolisé.

Une coupe longitudinale des fragments du fémur et de la partie supérieure de la jambe et du tibia passant à travers l'articulation du genou nous permet de constater les désordres suivants : la fracture du fémur est unique et ne communique pas avec l'articulation ; à ce niveau, l'os est privé de son périoste sur une étendue de 4 centimètres. Le tibia est le siège d'une fracture double communiquant avec l'articulation. Sa tubérosité interne est complètement détachée à la manière d'un éclat cunéiforme dont la base est constituée par la cavité glénoïde interne. Une autre fracture verticale, à direction perpendiculaire à la précédente, divise la surface articulaire du tibia en deux moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure. Vus par l'articu-

lation, les traits de ces fractures revêtent l'aspect d'une croix dont la branche antéro-postérieure sépare les deux cavités glénoïdes, et dont la branche transversale divise chacune de ces cavités en deux moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure. L'articulation est pleine de pus, les cartilages d'encroûtement ne présentent rien de particulier du côté du fémur, mais ils sont fragmentés et en partie décollés du côté du tibia.

En raison de l'état phlegmoneux, les lèvres du lambeau n'ont pas été suturées. Les jours suivants, nous surveillons attentivement le travail de cicatrisation et nous rapprochons progressivement les parties molles. Pansements à découvert avec des compresses alcoolisées d'abord, phéniquées ensuite. Cicatrisation régulière et sans complication.

Le tableau suivant donne la température et le pouls pendant le mois qui suivit l'opération :

21 janvier	T M = 39°,2	S = 39°,8	P = 130
22 —	T M = 38°,6	S = 39°	P = 120
23 —	T M = 38°,1	S = 38°,8	P = 116
24 —	T M = 37°,6	S = 38°,6	P = 110
25 —	T M = 37°,4	S = 38°	P = 100
26 —	T M = 37°,4	S = 37°,8	P = 96
27 —	T M = 37°,4	S = 38°	P = 102
28 —	T M = 37°,6	S = 38°,4	P = 110
29 —	T M = 37°,6	S = 38°,6	P = 116
30 —	T M = 37°,4	S = 37°,6	P = 90
31 —	T M = 38°	S = 38°,4	P = 110
1er février	T M = 37°,8	S = 38°	P = 100
2 —	T M = 37°,4	S = 38°,4	P = 102
3 —	T M = 37°,4	S = 37°,8	P = 96
4 —	T M = 37°,2	S = 37°,6	P = 90
5 —	T M = 37°,4	S = 38°	P = 100
6 —	T M = 37°,6	S = 38°	P = 100
7 —	T M = 37°,8	S = 38°	P = 100
8 —	T M = 37°,4	S = 37°,8	P = 96
9 —	T M = 37°,4	S = 38°,2	P = 102
10 —	T M = 37°,6	S = 38°	P = 100
11 —	T M = 37°,6	S = 37°,8	P = 98
12 —	T M = 38°	S = 38°,2	P = 102
13 —	T M = 38°,	S = 37°,4	P = 96
14 —	T M = 37°,2	S = 37°,4	P = 90
15 —	T M = 37°	S = 37°,2	P = 86
16 —	T M = 36°,2	S = 37°	P = 80

A partir du 17, la température reste normale, l'état général s'améliore et les forces reviennent. Traitement tonique et reconstituant.

Vin de quinquina. Sirop d'iodure de fer, vin de Bagnols, viandes rôties. Le 13 mai, le malade sort guéri et marche avec un pilon.

Obs. LXXXII. — *Fracture de la cuisse droite chez un hémiplégique. Perte de connaissance après l'accident. Appareil plâtré, consolidation. Eschare au sacrum, épuisement, mort.* — Lebourgeois (Jacques), soixante-dix-huit ans, sans profession, entre le 9 avril 1877, salle Saint-Augustin, 75. D'une taille élevée; autrefois robuste, mais affaibli par l'âge et par une alimentation insuffisante. Hémorragie cérébrale il y a sept ans. Depuis cette époque le membre inférieur gauche est resté presque paralysé et une arthrite sèche coxo-fémorale s'est formée du même côté. Il en résulte que le malade marche très difficilement.

Le matin de son entrée à l'hôpital, il a été renversé par un tramway dont les roues lui ont passé obliquement sur les deux jambes. Perte de connaissance pendant une heure. A son réveil, douleurs très vives dans les deux cuisses, mais surtout dans celle du côté droit. Douleur également au niveau des dernières côtes ; respiration difficile. A son entrée, nous remarquons, au niveau de la queue du sourcil droit et de la joue du même côté, une forte ecchymose. Sur la partie latérale et inférieure droite du thorax, sur le bord antérieur de la jambe, sur la face antéro-interne de la cuisse gauche, contusions. A la cuisse droite, ecchymose étendue du bord supérieur de la rotule au grand trochanter suivant une ligne parallèle au muscle couturier; elle est surtout déformée, douloureuse, au-dessous de son articulation pelvienne ; sa convexité est exagérée ; elle est en rotation en dehors de même que la jambe et le pied. Le membre est impuissant et présente un raccourcissement apparent à la vue. Mobilité anormale, douleur très vive au tiers supérieur ; crépitation, fragments osseux obliques : le supérieur est déplacé en dehors. La mensuration donne un raccourcissement de 2 centimètres. Les mouvements communiqués font également reconnaître une crépitation dans l'articulation coxo-fémorale droite qui est le siège d'une arthrite sèche et non d'une fracture. Au niveau des neuvième et dixième côtes, le malade accuse une douleur très aiguë, mais point de déformation, de mobilité ou de crépitation annonçant autre chose qu'une contusion très marquée. Nous plaçons la cuisse dans un appareil ouaté compressif, muni de deux attelles latérales.

11 *avril.* — Appareil américain modifié.

25. — Le malade relâche chaque jour l'appareil ; nous appliquons un appareil plâtré, composé de deux attelles fémorales et d'une ceinture abdominale destinée à les renforcer.

29. — Le malade se plaint de souffrir dans le *bas des reins.* Érythème au niveau du sacrum. Collodion et plaque de diachylon. Nettoyages fréquents, coussin à eau.

6 *mai.* — Malgré toutes ces précautions, une eschare sèche de la peau s'est formée.

20. — L'eschare est très large. La peau s'est décollée à son pourtour sur une grande étendue. Douleurs locales vives, malgré les injections sous-cutanées de morphine, insomnie, inappétence.

25. — Nous retirons l'appareil; la consolidation est complète, mais le sacrum est dénudé. L'eschare s'élargit de plus en plus, malgré nos efforts, et l'affaiblissement du malade va en progressant jusqu'au 20 juin, jour où il succombe.

Obs. LXXXIII. — *Fracture du fémur gauche chez un paraplégique. Impossibilité de mettre un appareil contentif. Consolidation imparfaite.* — Aumour (Georges), cinquante-sept ans, journalier, entre le 4 mai 1877, salle Sainte-Marthe, 7. A l'âge de trente-quatre ans, attaque d'apoplexie, coma durant quatre jours et paraplégie double consécutive; sensibilité intacte. Les membres supérieurs étaient affaiblis, mais non paralysés. Rien du côté de la face. Pas d'émission involontaire des urines ni des matières fécales. Le malade ignore s'il eut de la fièvre. Pas d'aphasie, pas de troubles intellectuels. Depuis cette époque, les muscles sont flasques, atrophiés, insensibles aux excitations galvaniques, il n'y a pas de troubles nerveux du côté de la peau. Le malade ne peut imprimer quelques mouvements volontaires aux membres inférieurs qu'en prenant un point d'appui sur les coudes ou qu'en se faisant soulever par les aisselles. L'état général est bon, l'embonpoint est même excessif.

Le 2 mai, sa femme était en train de le chausser, quand, dans un mouvement brusque qu'il fit en arrière, le tabouret sur lequel il était assis culbuta. Sa femme le releva et le mit sur son lit. Pendant cette manœuvre, il ressentit une vive douleur à la racine de la cuisse gauche. Son médecin, soupçonnant une fracture, le fit transporter à l'hôpital.

Le malade se tient couché sur le côté droit, le membre est dans la rotation en dehors. Tuméfaction considérable de la hanche et de la cuisse gauche qui est fléchie. Pas d'ecchymose; à la pression, vive douleur en avant et en arrière du col du fémur; le grand trochanter douloureux est porté en arrière. Les mouvements communiqués à l'articulation coxo-fémorale produisent une crépitation osseuse, franche et permettent de constater une fracture au niveau du col chirurgical du fémur gauche. Peu de raccourcissement. En outre, les deux membres inférieurs sont complètement paralysés, un peu infiltrés, sans raideur articulaire. La peau qui les recouvre est sèche et se desquame par lamelles furfuracées.

Le malade est installé sur un matelas d'eau; il réclame tous les quarts d'heure qu'on le change de position. Nous ne songeons pas à réduire la fracture et à la maintenir à l'aide d'un appareil. Il reste

pendant trois mois à l'hôpital sans pouvoir supporter aucun appareil et sort le 20 août. Les douleurs ont complètement disparu.

L. Rotule.

Obs. LXXXIV. — *Fracture transversale* (*rotule gauche*). — Bourbiaud (Théophane), quarante-neuf ans, entre le 1er novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 7. Luxation non réduite de la hanche droite il y a seize ans. Il y a trois jours, en voulant retenir un cheval, il tomba de sa hauteur sur le genou gauche et ne put se relever. Gonflement considérable du genou, ecchymose sur la face antérieure; épanchement intra-articulaire. La jambe est à demi fléchie sur la cuisse, le malade ne peut l'étendre que quand il est couché ; mouvements spontanés impossibles, mouvements provoqués très douloureux. Par le toucher, il est facile de constater une fracture transversale de la rotule. Le fragment supérieur est un peu plus large que l'inférieur. Écartement de 1 centimètre et demi. La crépitation n'est sensible qu'en rapprochant les deux fragments. Le fragment inférieur est attiré en bas et en arrière de manière à présenter en avant sa surface fracturée. Le membre est placé dans l'extension sur un plan incliné très élevé et recouvert de compresses imbibées d'eau blanche. Au bout de sept jours le gonflement a presque disparu. Rapprochement des fragments à l'aide de deux tablettes épaisses de gutta-percha moulées sur le genou et placées au-dessus et au-dessous de la rotule. Quatre tubes en caoutchouc prenant leur point d'appui sur la gutta et noués deux à deux sur les côtés du genou les maintiennent.

30 *décembre*. — Nous enlevons l'appareil. Consolidation osseuse très régulière et les fragments sont à peine distants l'un de l'autre d'un demi-centimètre. A ce niveau la peau, légèrement déprimée, semble adhérer au cal.

10 *janvier* 1878. — Le malade sort avec un appareil silicaté; il marche facilement et ne se plaint que d'un peu de raideur.

M. — Tibia et péroné.

Obs. LXXXV. — *Fracture transversale* (*jambe droite*). — Lourdeau (Pierre), trente-cinq ans, marchand de vin, entre le 25 juin 1878, salle Saint-Augustin, 1.

Hier il maintenait une barrique pleine de vin sur la dernière marche de la cave quand, son pied ayant glissé, il est tombé à la renverse et la pièce lui a passé sur la jambe droite. Après l'accident, il n'a pu appuyer sa jambe à terre. Dans la nuit il a beaucoup souffert, n'a

pu dormir et, vers deux heures du matin, est apparue une tuméfaction peu considérable de l'articulation tibio-tarsienne.

A son entrée : gonflement peu marqué de l'articulation du pied et du quart inférieur de la jambe ; pas d'ecchymose, pas de déplacement appréciable. En promenant le doigt sur le tibia, on détermine une douleur très vive à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs. Crépitation très nette, mobilité anormale. La fracture du péroné siège à 3 centimètres au-dessus et semble oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Mouvements volontaires nuls; mouvements imprimés très douloureux. Deux jours dans une gouttière ; le troisième jour, le gonflement ayant presque complètement disparu, on applique un appareil plâtré.

3 *juillet*. — Consolidation parfaite. Le malade est envoyé à Vincennes.

Obs. LXXXVI. — *Fracture transversale* (*jambe gauche*). — Rigale (Marie), quarante-six ans, boutonnière, entre le 17 décembre 1877 salle Sainte-Marthe, 48. En glissant sur une écorce d'orange, est tombée de sa hauteur sur le pavé et n'a pu se relever.

Impuissance et déformation du membre produites par un gonflement peu considérable qui occupe le tiers inférieur de la jambe et de l'avant-pied. Un peu au-dessus et en avant de la malléole interne, saillie produite par un fragment d'os. Rien d'apparent du côté du péroné. Teinte ecchymotique de tout le tiers inférieur de la jambe. Le doigt promené le long du tibia constate une saillie anguleuse à 2 centimètres et demi de la base de la malléole interne. La pression provoque une douleur vive. Mobilité anormale et crépitation pendant les mouvements d'abduction et d'adduction. Dans l'adduction, on fait saillir davantage en dedans et en haut le fragment inférieur. La fracture est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Après quelques recherches on constate aussi une fracture oblique du péroné située à l'union de son tiers inférieur avec son tiers moyen. Les pouces placés sur chacun des fragments et les pressant produisent une crépitation excessivement faible.

Trois jours après, le gonflement ayant disparu, on immobilise le membre avec un appareil plâtré.

24 *janvier*. — On enlève l'appareil. Guérison.

Obs. LXXXVII. — *Fracture transversale* (*jambe gauche*). — Vaissière (François), quarante ans, aiguilleur, entre le 31 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 9. Bien constitué, pas d'antécédents pathologiques; pas d'alcoolisme. Deux heures avant son entrée, une roue de voiture légère lui passa sur la jambe gauche. Il a perdu connaissance et n'a pu se relever.

A son entrée, l'axe de la jambe est normal, mais il existe un gonflement très prononcé depuis le milieu du pied jusqu'au genou,

plus accusé sur les parties latérales, si bien que les malléoles ne font plus saillie.

A l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, rougeur transversale de la peau, seule trace du passage de la roue. Pas de saillie osseuse visible, pas de déformation apparente. En promenant le doigt sur la face interne et sur la crête du tibia, on sent au niveau de la rougeur indiquée une légère saillie formée par le fragment supérieur du tibia; au-dessous, une dépression. La ligne de la fracture est transversale : le fragment inférieur est légèrement porté en dehors. Crépitation et mobilité anormales faciles à percevoir en saisissant de la main gauche le tiers inférieur de la jambe, de la droite la partie supérieure du membre et en imprimant des mouvements d'adduction et d'abduction.

A un travers de doigt au-dessous de la fracture du tibia se trouve une fracture transversale du péroné sans déplacement des fragments. La crépitation et la mobilité anormales ne s'y observent que dans les mouvements d'adduction du pied. Impuissance du membre. Douleurs vives à la pression. Pas de raccourcissement. Compresses d'eau blanche. Immobilisation du membre dans une gouttière.

8 *novembre*. — Réduction facile. Appareil plâtré composé d'une gouttière postérieure formant étrier et remontant au-dessus du genou. Bandelettes de diachylon pour la maintenir.

12 *décembre*. — Cal douloureux, régulier, peu résistant.

22. — Appareil silicaté. Consolidation osseuse parfaite. Le malade quitte le service.

Obs. LXXXVIII. — *Fracture oblique* (*jambe droite*). — Glonton (Romuald), 45 ans, mécanicien, entre le 11 mai 1877, salle Saint-Augustin, 6.

Blennorrhagie à vingt-trois ans. Pas d'autres maladies. La veille, dans une rixe, il a été renversé et est tombé la jambe repliée sous la région fessière. Il ressentit alors une vive douleur et entendit un craquement comparable à celui d'un morceau de bois que l'on brise.

A son entrée, gonflement énorme depuis le milieu du pied jusqu'à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur de la jambe ; ecchymose au côté interne; léger renversement du pied en dehors ; douleur vive au tiers inférieur de la jambe, saillie du tibia. Fracture manifeste. Le fragment inférieur est déplacé en bas et en avant. Mobilité anormale, crépitation. Du côté du péroné, fracture sans déplacement à 1 centimètre et demi au-dessus de la base de la malléole. Gouttière simple et compresses graduées.

20 *mai*. — Appareil plâtré.

20 *juin*. — Consolidation incomplète. Cal régulier. Pas de raccourcissement.

9 *juillet*. — Sort guéri.

Obs. LXXIX. — *Fracture oblique* (*jambe droite*). — Octor (Constant), vingt-quatre ans, découpeur, entre le 13 mai 1878, salle Saint-Augustin, 79.

A fait une chute de la hauteur d'un étage; quand il s'est relevé, son pied droit, dit-il, *ballottait et ne tenait plus que par les chairs*. Tuméfaction énorme du cou-de-pied et des deux tiers inférieurs de la jambe, plusieurs ecchymoses dont les plus larges siègent au côté externe du cou-de-pied. Le pied est dans l'axe de la jambe. En promenant les doigts sur le tibia, on détermine une douleur assez vive en un point correspondant à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen et l'on découvre une saillie produite par le fragment supérieur, puis une légère dépression. En imprimant des mouvements au pied pendant que les doigts pressent le long de l'os, on perçoit une crépitation très nette sur le péroné, à un centimètre et demi au-dessous de la fracture du tibia.

Raccourcissement de plus d'un centimètre et demi. Le malade croit qu'après la chute sur les pieds, il est retombé à la renverse; son pied droit a été pris entre la cuisse du côté opposé et le sol. Pendant deux jours, on met le membre dans une gouttière, et le troisième jour, après réduction, on applique un appareil plâtré.

8 *juin*. — On enlève l'appareil plâtré et on le remplace par un appareil silicaté. La consolidation est parfaite.

15. — Le malade est envoyé à Vincennes avec son appareil.

Obs. XC. — *Fracture oblique du tibia, transversale du péroné. Jambe droite. Perte de connaissance après l'accident.* — Nacker (Alexandre), quarante-cinq ans, garde de chantier, entre le 29 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 78.

La veille, en courant, il s'est heurté violemment la jambe droite contre un bloc de pierre, est tombé et a perdu connaissance pendant une heure. Revenu à lui, impossibilité de remuer le membre; douleur très vive à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. Pied dans la rotation en dedans. Mouvement volontaire du membre inférieur droit impossible. Déformation de la jambe qui est arquée en avant; plaie contuse superficielle sur toute la région antérieure; large ecchymose au-dessous de la partie moyenne s'étendant jusqu'à 1 centimètre et demi du cou-de-pied.

Le doigt promené le long de la crête du tibia constate à 3 centimètres au-dessus du milieu de la diaphyse une douleur locale très vive, de la mobilité anormale, de la crépitation et une dépression qui correspondent à une fracture du tibia oblique en bas et en arrière. Peu de déplacement. Deux centimètres de raccourcissement. Le péroné est fracturé transversalement au même niveau. Gouttière métallique. Compresses d'eau blanche.

5 *février*. — Appareil plâtré.

4 mars. — Consolidation parfaite sans raccourcissement. Appareil silicaté.

11. — Le malade sort guéri.

Obs. XCI. — *Fracture oblique.* (*Jambe gauche.*) — Jarcin, trente et un ans, aplatisseur de corne, entre le 7 mars 1877, salle Saint-Augustin, 11.

Assis sur un banc, les jambes écartées, la pointe du pied droit appuyée sur le sol, il a été renversé par un voisin placé à sa droite. Dans la chute le pied droit a porté à faux sur son bord externe ; il n'a pu se relever.

Gonflement général du pied et de la jambe ; ecchymose interne et antérieure remontant au genou et jusque dans le creux poplité, surtout prononcée à la face interne. Pied porté en dehors. Pas de douleur spontanée ; à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, au côté interne, le tibia est fracturé obliquement en bas et en avant, le fragment inférieur proémine en dedans et un peu en avant.

Les mouvements d'adduction provoquent une crépitation très accusée au-dessus de la fracture du tibia et une mobilité anormale du péroné au-dessus de la précédente. L'abduction montre que le péroné est fracturé à sa partie moyenne. La flexion et l'extension donnent une crépitation du tibia seulement. La pression ne provoque pas de douleur locale bien marquée ; le pied retombe en dehors quand on cesse de le soutenir. Raccourcissement de 2 centimètres. Réduction. Gouttière plâtrée, embrassant la face plantaire du pied, les faces postérieures et latérales de la jambe et remontant jusqu'au genou.

15 *avril.* — Consolidation sans raccourcissement.

Obs. XCII. — *Fracture transversale.* (*Jambe gauche.*) — Bitouzet (Jacques), quarante-sept ans, argenteur, entre le 15 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 16. Il a glissé, en marchant rapidement, et l'extrémité inférieure de la jambe gauche s'est engagée sous le bord inférieur d'une cuve élevée de 20 centimètres au-dessus du sol. Dans un brusque mouvement qu'il fit en avant pour éviter la chute, sa jambe se fractura au point de contact avec la cuve. Le malade tomba et ne put se relever.

Douze heures après l'accident nous constatons : une légère contusion de la peau à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la jambe gauche. Pas de déformation ni de déviation du membre. Épanchement au niveau de la face antérieure du tibia étendu de l'articulation tibio-tarsienne à quatre travers de doigt au-dessous du genou. Le malade ne peut soulever le pied. Tous les mouvements spontanés sont impossibles ; les mouvements provoqués sont très douloureux. Mobilité anormale et crépitation. Fracture transversale et sans déplacement des deux os, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen.

Gouttière plâtrée munie d'un étrier remontant au tiers moyen de la

cuisse et maintenue par des bandes plâtrées appliquées circulairement.

25 *janvier*. — L'appareil est enlevé. Consolidation complète sans raccourcissement. Sort avec un appareil silicaté.

Il revient quinze jours après. L'appareil silicaté est enlevé dans un bain. Le malade peut marcher sans douleur ; il n'accuse qu'un peu de raideur dans le genou et l'articulation tibio-tarsienne.

Obs. XCIII. — *Fr. bi-malléolaire (jambe gauche). Rupture du ligament latéral interne avec subluxation du pied en dehors.* — Mathieu, soixante-quatre ans, peintre, entre le 30 septembre 1879, salle Sainte-Marthe, 10. En marchant il a glissé sur le pied gauche qui s'est trouvé fixé entre un pavé et la saillie du trottoir : à ce moment il est tombé sur le côté gauche. Il éprouva aussitôt de violentes douleurs et ne put se relever.

Épanchement ecchymotique étendu de la racine des orteils à deux travers de doigt au-dessus des malléoles, plus prononcé autour de l'articulation tibio-tarsienne et de la face dorsale du pied. Petite plaie superficielle et transversale au-dessus de la malléole externe. Pied légèrement tourné en dehors : le bord externe et la pointe regardent un peu en haut. La malléole interne est plus saillante qu'à l'état normal ; l'externe est déprimée.

Pas de coup de hache. La pression au-dessus de la malléole interne et suivant le trajet des ligaments est très douloureuse, de même que sur la malléole externe. Il y a un peu de diastasis. Si, saisissant le pied avec la main gauche et la jambe de la main droite au niveau des malléoles, on imprime au pied des mouvements d'adduction et d'abduction, on sent une légère crépitation et une mobilité anormale immédiatement au-dessus de la malléole interne : mêmes symptômes du côté du péroné au niveau du col de la malléole externe. La crépitation et la mobilité anormale sont plus sensibles pour le tibia dans les mouvements d'adduction, et pour le péroné dans l'abduction. Impuissance du membre. Pendant huit jours, gouttière en fils de fer. Compresses d'eau blanche.

7 *octobre*. — La tuméfaction a disparu. Réduction facile en ramenant simplement le pied en dedans par une légère traction. Application d'un appareil plâtré composé d'une gouttière postérieure avec étrier et remontant au tiers moyen de la cuisse. Quelques bandelettes de diachylon maintiennent la gouttière. Pas de fièvre, pas de complications. État général satisfaisant.

9 *novembre*. — On enlève l'appareil. Consolidation osseuse. Les mouvements de l'articulation sont encore très douloureux. Appareil silicaté embrassant le pied fléchi à angle droit sur la jambe et remontant au-dessus du genou.

10. — Part pour Vincennes.

26. — Consolidation parfaite.

Obs. XCIV. — *Fr. oblique de l'extrémité inférieure du tibia et transversale de l'extrémité du péroné* (*jambe droite*). — Vermeil (Charles), trente-sept ans, tourneur en cuivre, entre le 27 mai 1877, salle Saint-Augustin, 79. La veille il a été renversé par un individu ; il ne sait comment il est tombé. Tuméfaction diffuse de la racine des orteils à l'épine du tibia, plus prononcée au-dessus du cou-de-pied : en ce point elle forme un bourrelet cylindrique. Ecchymose cutanée et sous cutanée à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, s'étendant latéralement derrière les malléoles. Le pied est dans la rotation en dedans ; ses mouvements sont impossibles; peu de douleurs spontanées. Le toucher permet de constater au tiers inférieur du tibia une fracture oblique de haut en bas et de dehors en dedans avec saillie du fragment inférieur en dehors. En ce point les douleurs sont très vives à la pression; la malléole externe est très douloureuse, mais par la pression on découvre, à trois travers de doigt au-dessus d'elle, un peu au-dessous de la fracture tibiale, une autre fracture transversale. Raccourcissement de 2 centimètres. Gouttière métallique. Compresses alcoolisées.

1er *juin*. — Appareil plâtré.

10 *juillet*. — Appareil silicaté. Consolidation incomplète.

27. — État parfait, sans raccourcissement. Le malade marche avec des béquilles et sort le 31.

Obs. XCV. — *Fr. oblique de la partie moyenne du tibia droit. Fr. malléolaire oblique du sommet de la malléole péronière de ce côté avec issue du fragment supérieur à travers la peau chez un alcoolique ; ostéo-arthrite ; appareil plâtré. Contre-ouverture. Guérison lente.* — Verlet (Charles), quarante et un ans, gantier, entre le 11 mai 1877, salle Saint-Augustin, 5. Alcoolique, débilité par les excès. Il a été renversé la veille étant en état d'ivresse, et il ne peut donner d'autres renseignements. A son entrée, il est encore ivre et n'accuse pas de douleur. Pied dans la rotation en dehors, gonflement étendu des orteils au genou ; teinte ecchymotique à la partie médiane et antérieure de la jambe. Impuissance du membre; par le toucher on découvre à la partie moyenne du tibia une fracture oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Le fragment supérieur fait saillie sous la peau. Douleur, crépitation et mobilité anormale à ce niveau. Le péroné est fracturé au sommet de sa malléole ; son fragment supérieur fait saillie à travers la peau ; il est taillé obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. La mensuration du membre donne 1 centimètre de raccourcissement. Réduction. Fermeture de la plaie avec des bandelettes de tarlatane collodionnées. Compresses alcoolisées.

17 *mai*. — Appareil plâtré, même pansement.

30. — Abcès sous le périoste du fragment supérieur du péroné ; arthrite tibio-tarsienne. Ouverture par le bistouri. Cataplasmes. Le phlegmon de voisinage retarde la consolidation jusqu'au 2 *octobre*. A cette époque le malade sort guéri.

Obs. XCVI. — *Fr. oblique (jambe droite). Perte de connaissance après l'accident.* — Dupont, quarante-cinq ans, sellier, entre le 15 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 76.

En se disputant, il reçut un violent coup de pied sur la partie antérieure de la jambe droite et tomba sans connaissance.

A son entrée, on voit à la partie antérieure et moyenne de la jambe un énorme gonflement et une ecchymose descendant jusqu'au cou-de-pied. Déchirure de la peau à la partie moyenne de la jambe. Courbure au même niveau, plus prononcée au côté interne; impuissance du membre; douleurs vives; état fébrile.

En promenant le doigt le long de la crête du tibia, on trouve à sa partie moyenne une saillie qui surmonte une dépression correspondant à une fracture oblique. Le fragment supérieur fait saillie en avant et en dedans, l'inférieur en arrière. A ce niveau douleur locale vive. En saisissant d'une main la partie supérieure de la jambe et de l'autre le pied au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, on perçoit une mobilité anormale et de la crépitation. Une seconde fracture est reconnue au même point sur le péroné. Raccourcissement de 2 centimètres et demi. Pansement par occlusion de la plaie avec le collodion. Compresses alcoolisées sur le reste de la jambe. Gouttière métallique.

29 *janvier*. — La plaie est guérie, le gonflement a disparu. Appareil plâtré.

3 *mars*. — Sort guéri sans raccourcissement.

Obs. XCVII. — *Fracture compliquée de plaie (jambe gauche). Perte de connaissance après l'accident. Extraction d'esquille. Gouttière imperméable. Appareil plâtré.* — Sophoni (Lucet), soixante-cinq ans, journalier, entre le 26 novembre 1876, salle Saint-Augustin, 77. Occupé avec un de ses camarades à décharger des moellons qu'ils faisaient glisser de la charrette sur le sol au moyen d'une planche, l'un de ces moellons lui est tombé sur le devant de la jambe. Perte de connaissance pendant une demi-heure.

A son entrée (le jour même de l'accident) la jambe est tuméfiée dans presque toute son étendue et plusieurs ecchymoses du diamètre d'une pièce de deux francs existent à la partie inférieure et interne. A la partie moyenne et antérieure les téguments, déchirés en lambeaux sur une étendue de 5 à 6 centimètres, laissent voir des parcelles d'os entre leurs bords.

Fluctuation très marquée à la face interne et inférieure de la jambe, épanchement sanguin considérable; décollement de la peau au ni-

veau de la plaie sur une étendue de 5 centimètres. La fracture des deux os est distante de la plaie de deux centimètres.

Comme le malade souffre beaucoup, dès qu'on remue le membre, nous ne poussons pas plus loin une exploration qui reste inutile au diagnostic. La jambe est placée et maintenue immobile dans une gouttière garnie de coussins. Cataplasmes. Bouillons, potages.

27 *novembre*. — Douleurs vives. Appétit et sommeil nuls. T = 39°. P = 112.

28. — Le gonflement a encore augmenté, la suppuration est déjà abondante, peu de sommeil, pas d'appétit. T = 38°,5. P = 102.

Jusqu'au 7 décembre, rien de particulier.

8 *décembre*. — Le malade ressent des élancements et a beaucoup souffert pendant la nuit. Il y a un commencement d'abcès à la partie interne ; cataplasmes.

11. Incision de 4 centimètres à la partie interne de la jambe à trois travers de doigt de la plaie. Écoulement abondant de pus. Cataplasmes.

18. — Le gonflement diminue, la plaie commence à se cicatriser. On retire deux séquestres. Pansement à l'eau alcoolisée.

15 *janvier*. — La tuméfaction a presque disparu. La plaie se ferme peu à peu : on sent des portions d'os nécrosées qui ne tarderont pas à s'éliminer.

24. — On retire un petit séquestre très mince, long de trois centimètres.

6 *février*. — On applique un appareil plâtré embrassant le pied et la jambe, mais ouvert à la partie antérieure de celle-ci pour permettre le pansement de la plaie.

30 *mars*. — On enlève un second séquestre d'environ 5 millimètres de long sur deux de large. Pansement à l'eau alcoolisée.

2 *avril*. — L'appareil plâtré est retiré ; la consolidation est parfaite. Pas d'amélioration du côté de la plaie.

17. — Un troisième séquestre, un peu plus volumineux que l'autre est enlevé.

8 *juin*. — La guérison étant complète, le malade est envoyé à Vincennes.

Obs. XCVIII. — *Fracture oblique (jambe droite), compliquée d'issue du tibia à travers la peau et d'emphysème sous-cutané. Perte de connaissance. Guérison.* — Naudin, quarante-cinq ans, ébéniste, entre le 19 février 1877, salle Saint-Augustin, 6. La veille, il reçut un violent coup de pied sur le devant de la jambe, tomba, resta sans connaissance pendant vingt-cinq minutes et ne put se relever.

Emphysème de toute la jambe droite, ecchymose étendue du cou-de-pied jusqu'à l'épine du tibia. A la partie moyenne de la jambe, plaie contuse de la peau avec issue du tibia. Par cette plaie sortent



des bulles d'air provenant de l'emphysème. Douleurs très vives dans toute la jambe, mouvements difficiles. Pied tourné en dehors et abaissé en arrière. Le toucher reconnaît, à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, une fracture du tibia oblique en bas et en dedans ; c'est le fragment supérieur qui fait saillie dans la plaie. Mobilité anormale et crépitation osseuse au niveau de la fracture. Le péroné est fracturé au même niveau. Crépitation emphysémateuse sous-cutanée dans toute la longueur de la jambe. Raccourcissement de 2 centimètres et demi. Réduction, pansement par occclusion collodionnée. Compresses alcoolisées. Gouttière métallique garnie de coussins imperméables.

28 *février*. — Sphacèle de la peau autour de la plaie sur une étendue de quatre centimètres. L'emphysème a beaucoup diminué ; pansement alcoolisé.

27. — Plus d'emphysème, la gangrène se limite.

28. — Gouttière plâtrée embrassant la plante du pied et les faces postéro-latérales de la jambe. Même pansement.

15 *mars*. — La plaie se couvre de bourgeons charnus.

2 *mai*. — Elle est cicatrisée.

10. — Consolidation osseuse. Pas de raccourcissement. Sort guéri.

Obs. XCIX. — *Fracture des malléoles, ouverture de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Résection de la malléole interne. Occlusion de la plaie articulaire. Guérison.* — Jean (Pierre), quarante-sept ans, forgeron, entre le 9 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 13. Il réparait un camion du poids de 2,000 kilogrammes dont l'une des roues était soulevée par une chèvre. Sa jambe gauche, faisant avec le sol un angle d'environ 45°, était engagée sous cette roue, à la manière d'un levier du premier genre, tandis que la jambe droite était pliée sous la fesse. La chèvre vint à manquer et la roue en retombant vers le sol, écrasa la jambe gauche un peu au-dessous du genou.

A son entrée : la malléole interne, fracturée à sa base, fait tout entière saillie en dehors, entre les lèvres d'une plaie transversale de 3 centimètres et demi. Fracture de la malléole externe au même niveau. L'articulation tibio-tarsienne est ouverte ; suintement synovial. Le pied n'est plus rattaché à la jambe que par les parties molles. On résèque sur-le-champ la malléole interne et, le pied étant ramené dans son axe normal, on applique une gouttière plâtrée. Pansement de la plaie par occlusion, à l'aide de baudruche collodionnée. On recouvre le tout avec un pansement ouaté.

12 *avril*. — Frisson. Sueurs nocturnes.

13. — Manque d'appétit, céphalalgie. P = 90. T A = 38. Le malade se plaint de douleurs dans toutes les jointures. Il a eu

déjà deux attaques de rhumatisme. Tisane nitrée. Sulfate de quinine 50 centigr.

15. — Même état, sueurs profuses. T A = 38,5. — P = 90.

17. — Gonflement des articulations du genou et des poignets.

Cet état se maintient ainsi jusqu'au 22 avril, la température ne dépassant pas 38,5.

24. — Disparition de la fièvre et des douleurs articulaires.

3 *mai.* — On change le premier appareil. La plaie est presque fermée, la consolidation est en bonne voie. On applique une seconde gouttière plâtrée, fenêtrée au niveau de la plaie. Pansement simple. Sort guéri quelques jours après.

Obs. C. — *Fracture de la jambe gauche chez un rhumatisant. Attaque de rhumatisme articulaire aigu consécutive.* — Jean-Pierre, quarante-sept ans, forgeron, entre le 9 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 13. Cet homme, en déchargeant une voiture, vient de recevoir un colis très pesant sur la jambe gauche. A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, l'interne de garde constata une plaie oblique longue de 5 centimètres par laquelle sortait une esquille formée par un fragment du péroné long de 3 centimètres, à peine adhérent aux autres fragments et taillé très obliquement. Après l'avoir enlevée, il nettoya soigneusement la plaie dont il rapprocha les lèvres et mit le membre dans un appareil en plâtre composé d'une attelle interne et d'une attelle postérieure qui embrassaient le pied, se soudaient entre elles sur les parties interne et postérieure de la jambe et remontaient sur la cuisse. Le pied fut mis dans sa position normale et, quand le plâtre fut sec, on plaça le membre en entier dans un appareil ouaté. Dans la nuit le malade ne dormit pas malgré l'emploi de l'opium. Le sommeil revint les nuits suivantes.

10 *avril.* — T M = 37°6. T S = 38°4.

11. — T M = 37°8. T S = 38°4.

12. — T M = 37°9. T S = 38°8.

Pas de souffrances; état général meilleur.

13. — Douleur dans le genou droit. Interrogé sur ses antécédents il donne les renseignements suivants : de seize à vingt ans il était sujet à des épistaxis. A dix-neuf ans, il eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu pour laquelle il entra à l'hôpital de Rennes, où il resta deux mois. Onze ans après, deuxième attaque de rhumatisme pour laquelle il fut soigné à Saint-Antoine. Le malade insiste sur ce fait qu'au début de ces deux attaques il eut une violente douleur à la nuque. Il ne se rappelle pas qu'on lui ait mis aucun révulsif sur la région du cœur : il ne fut même pas ausculté. La dernière attaque dura également deux mois. Son père et sa mère n'ont pas eu des rhumatismes; tandis que ses oncles en ont eu. T M = 38°. T S = 38°5.

14. — Douleurs plus vives dans le genou droit qui est légèrement

tuméfié, sans rougeur notable, très douloureux à la pression. M = 38°2. T S = 38°6.

14. — Douleur au cou-de-pied droit et au poignet droit. Au dos du poignet, gonflement avec rougeur de la peau sur le trajet des gaînes tendineuses. T M = 38°. Dans la journée la douleur s'étend à la nuque, de la même façon que dans les deux attaques antérieures. T S = 38°9.

15. — Douleur cervicale très vive. La tête immobile, dans la rotation à gauche, n'est soulevée par le malade qu'au prix de douleurs violentes. Le genou droit est moins douloureux. En revanche l'articulation temporo-maxillaire est prise des deux côtés ; il n'y a pas de rougeur à ce niveau. Mais la douleur y est très vive à la pression et les mouvements de la mâchoire sont presque impossibles. T M = 38°5. T S = 38°8.

16. — Le genou droit est libre; le malade remue sans douleur le membre inférieur. Le cou-de-pied n'est plus douloureux ; il ne reste qu'un peu de gêne dans le poignet droit et dans le cou, mais le poignet gauche se prend ; il est très douloureux à sa face dorsale où l'on voit des plaques rouges sur le trajet des tendons. Dans la journée, l'articulation métacarpo-phalangienne du médius se tuméfie douloureusement. T M = 37°9. T S = 38°7.

16. — T = 38°3. La douleur du cou a disparu. Les articulations métacarpo-phalangiennes des deux mains sont prises. C'est au médius que la rougeur et le gonflement sont surtout marqués. Le poignet droit est redevenu douloureux. Dans la soirée les deux épaules se prennent. T S = 38°4.

17. — La main droite est très gonflée au niveau de la racine des doigts. La douleur a diminué au contraire à gauche. Les deux épaules sont légèrement douloureuses, et les deux coudes sont pris, mais la douleur n'y est pas très vive. T M = 38. T S = 38°3.

17. — Même état des articulations; cependant le malade se sent beaucoup mieux. T M = 37°9. T S = 38.

18. — Il ne reste plus qu'un peu de gêne aux mains et aux épaules. Les coudes sont libres. T M = 37°5. T S = 37°8.

19. — Un peu de gêne dans l'épaule droite ; le malade se dit guéri de son rhumatisme. T M = 37°2. T S = 37°4.

3 *mai*. — L'appareil ouaté exhale une odeur assez forte pour incommoder le malade : on l'enlève. On trouve la plaie bourgeonnante, cicatrisée profondément, sans accident de voisinage. Le pied est dans une bonne position. Nouvel appareil plâtré, composé d'une attelle laissant à jour la région de la plaie. Le malade ne souffre pas. La température monte un peu à la suite du changement de pansement T S = 37°8 ; mais il ne survient aucun accident. Nous pansons la plaie avec la charpie alcoolisée.

4. — T = 38°3.
5. — T = 38°2.
6. — T = 37°6.
7. — T = 37°9.
8. — T = 37°6.
26. — Guérison.

N. — Tibia.

Obs. CI. — *Fracture oblique du tibia gauche.* — Doron (Émile), dix-sept ans, feuillagiste, entre le 19 février 1877, salle Sainte-Marthe, 9. En luttant, il est tombé sur le dos, la jambe gauche retenue dans celles de son camarade, et n'a pu se relever. Les personnes qui l'apportent ont entendu, comme lui, un craquement au moment de l'accident.

Le pied gauche est tourné en dehors. Tuméfaction limitée, ecchymotique, à la partie moyenne et interne de la jambe. Crépitation, mobilité anormale, fracture du tibia à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. Le fragment supérieur fait en avant une légère saillie sous la peau. Le trait de la fracture est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Douleur locale très vive à ce niveau, exaspérée par la pression et les mouvements. Rien du côté du péroné. Pas de raccourcissement du membre. Pendant cinq jours, gouttière; cataplasmes.

24 *février.* — Disparition complète de l'ecchymose. Appareil plâtré composé d'une gouttière postérieure faisant étrier et remontant jusqu'au-dessus du creux poplité; cette gouttière est elle-même maintenue par deux bandes plâtrées. Pour maintenir réduit le fragment supérieur qui tend à faire saillie nous le comprimons avec un tampon d'ouate recouvert de toile cirée et fixé par des bandes.

26 *mars.* — Consolidation parfaite. Appareil silicaté.

Le malade sort le 31 mars avec son appareil.

Il revient quinze jours après : marche facile : cal régulier, à peine sensible ; pas de raccourcissement.

Obs. CII. — *Fracture oblique du tibia droit.* — Moreau (Joseph), soixante ans, journalier, entre le 19 février 1876, salle Saint-Augustin, 73. Le matin, la roue d'une lourde voiture lui a passé sur la jambe droite.

Plaie contuse superficielle et phlyctènes à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la jambe. Épanchement de sang visible du talon jusqu'au genou, plus considérable derrière les malléoles. Déformation de la jambe qui est arquée en avant; impuissance du membre ; pied dans sa direction normale. A la pression, douleur très vive, mobilité anormale, crépitation à 2 centimètres au-dessus de la base de la malléole interne, où l'on constate que l'os est fracturé. La

crépitation s'obtient en pressant directement sur le tibia. La fracture est très oblique, en bec de flûte, dirigée de bas en haut et de dedans en dehors ; les deux fragments font saillie sous la peau, le supérieur en dedans, l'inférieur en dehors. Pas de fracture du péroné ; gouttière métallique. Pansements alcoolisés.

24 *février*. — Peu de gonflement. Appareil plâtré.

23 *mars*. — Appareil silicaté.

29. — Consolidation osseuse. Pas de raccourcissement. Sort avec un appareil inamovible.

Obs. CIII. — *Fracture double. Epanchement dans l'articulation tibio-tarsienne.* — Montier (Alphonse), trente-cinq ans, monteur en bronze, entre le 20 novembre 1876, salle Saint-Augustin, 81. La veille une lourde plaque de bronze, qu'il portait, a glissé sur la partie inférieure de la jambe droite en déterminant une violente douleur.

Gonflement considérable et ecchymose étendus de l'articulation tibio-tarsienne droite à trois travers de doigt au-dessus. Le pied n'est plus dans l'axe de la jambe ; sa pointe est tournée en dedans : les mouvements spontanés sont très douloureux et très limités. Pas de déviation apparente de la jambe. A la palpation, on trouve un point douloureux au centre de la malléole interne et un autre à 3 centimètres plus haut : ces deux points sont le siège d'une crépitation très nette. Le tibia est fracturé au-dessus et au centre de la malléole. On place le membre dans une gouttière plâtrée en ayant soin de ramener le pied dans sa position normale.

27 *novembre*. — Le malade souffre beaucoup ; l'appareil s'est déformé, on le remplace.

3 *janvier* 1877. — Le malade marche et sort le 5.

Obs. CIV. — *Fracture de la malléole interne droite.* — Bagouin (Auguste) cinquante-sept ans. forgeron, entre le 13 mai 1878, salle Saint-Augustin, 1. Sujet vigoureux, légèrement alcoolique, n'a jamais eu de fracture. En allant le matin à son travail, le talon gauche s'étant enfoncé dans un des grillages qui entourent les arbres du boulevard, a fait tourner le pied gauche. Il est tombé et a pu se relever seul, mais il lui a été impossible de marcher.

A la visite, nous constatons un gonflement péri-articulaire énorme qui efface les saillies des malléoles, et une teinte ecchymotique qui occupe tout le pourtour de l'articulation ainsi que les faces antéro-interne et externe de la jambe jusqu'à son quart supérieur. Le pied est en valgus ; son bord interne regarde en haut. Le calcanéum fait en arrière une saillie plus prononcée que celui du côté opposé. Douleur très vive et crépitation au niveau de la malléole interne. Rien du côté de la malléole externe. Le surlendemain de l'accident, appareil plâtré.

2 *juin*. — L'appareil est remplacé par un dextriné. Consolidation parfaite.

13. — Le malade part à Vincennes avec son appareil.

O. — Péroné.

Obs. CV. — *Péroné droit.* — Simon (Henri) trente ans, débardeur, entre le 10 janvier 1878, salle Sainte-Marthe, 22. En courant, son pied droit a tourné, il ne sait dans quel sens ; il est tombé, a pu se relever et faire cinq à six pas.

Gonflement considérable au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite, descendant sur la moitié du pied et occupant le tiers inférieur de la jambe. Rougeur de la peau qui entoure l'articulation. Le bord inférieur du tibia fait saillie en avant. Déformation au niveau des deux malléoles. Mouvements volontaires très limités. Douleur à la pression en un point correspondant à la malléole interne : l'externe conserve sous la pression du doigt une légère dépression. En portant le pied dans l'abduction on ne constate ni mobilité anormale ni crépitation. Dans l'adduction, au contraire, la crépitation et la mobilité sont manifestes au niveau de cette malléole qui est fracturée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. Le ligament latéral interne est arraché, l'externe n'est pas atteint. En portant le pied dans l'adduction, on détruit la difformité. Le calcanéum est déplacé et il y a subluxation de l'astragale ; épanchement de sang dans l'articulation. Appareil plâtré. Guérison le 10 février.

Obs. CVI. — *Péroné droit.* — Dupuy soixante-deux ans, homme de peine, entre le 16 février 1879, salle Saint-Augustin, 74. En glissant sur l'angle d'un trottoir, son pied vint à tourner, il ne peut dire dans quel sens. Il est tombé et s'est relevé, mais n'a pu faire que quelques pas, tant les souffrances sont vives lorsqu'il pose le pied sur le sol.

A son entrée : gonflement ecchymotique de la jambe droite, allant de la racine des orteils jusqu'au genou, plus prononcé sur la face postéro-externe et autour des malléoles, principalement l'externe. Pied dans une légère abduction. La pression provoque à 2 centimètres au-dessus de la malléole externe une crépitation manifeste et une douleur aiguë. Les mouvements communiqués d'adduction forcée du pied produisent une mobilité anormale sans crépitation ; ceux d'abduction ne donnent rien ; ceux de flexion et d'extension donnent de la crépitation. A la pression transversale du doigt on constate une fracture à la base de la malléolle interne et au niveau de l'insertion du ligament latéral interne sur le calcanéum une douleur forte, annonçant un peu d'arrachement ; de ce côté il n'y a pas de

fracture. Réduction du pied, compresses d'eau blanche, gouttière métallique.

20 *février.* — Pied maintenu en dedans par une gouttière plâtrée qui embrasse sa plante en même temps que les faces postéro-latérales de la jambe. Sort le 24 mars. Consolidation parfaite.

Obs. CVII. — *Péroné gauche.* — Billiard (Louis), trente-neuf ans, serrurier, entre le 26 février 1877, salle Sainte-Marthe, 17. Fort, vigoureux ; pas de maladies antérieures. Il marchait portant sur l'épaule un lourd fardeau quand le pied droit glissa en avant sur une pelure et la jambe gauche porta seule le poids du corps. Dans l'effort, la plante du pied gauche se renversa brusquement en dedans il tomba et ne put se relever.

Une heure après l'accident. — Pied dans l'axe normal. Gonflement au-dessous de la malléole externe, se prolongeant sur le cou-de-pied, moins considérable du côté de la jambe et remontant jusqu'au tiers moyen. Pas d'ecchymose ; teinte bleuâtre de la peau. Les deux malléoles sont légèrement écartées. Point douloureux à la pression au pourtour de l'articulation tibio-tarsienne et à la base de la malléole externe ; à ce niveau légère dépression et mobilité anormale. Les mouvements d'abduction et d'adduction exagèrent cette mobilité et déterminent de la crépitation. On sent qu'à ce niveau il y a une fracture transversale, sans déplacement. Rien du côté du tibia. Nous réduisons le pied, nous le maintenons dans l'adduction à l'aide d'un appareil composé de deux coussins et de deux attelles, dont l'interne, plus longue, est fixée par des courroies et des bandes.

19 *mars.* — La fracture est bien consolidée. — Appareil silicaté.

25. — Le malade quitte le service avec son appareil.

9 *avril.* — Il marche sans appareil et sans souffrance.

Obs. CVIII. — *Fracture transversale, par arrachement, sans déplacement du péroné gauche.* — Videmann (Christoffe), quarante-cinq ans, ouvrier mécanicien, entre le 7 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 30. Vigoureux, sans maladie antérieure. Chute en courant, la jambe repliée sous le corps, la plante du pied renversée en dedans ; il n'a pu marcher après s'être relevé.

A son entrée, gonflement sans ecchymose, occupant la jambe depuis le cou-de-pied jusqu'à la partie moyenne. Pas de déformation, pas d'écartement des malléoles, le pied est dans son axe normal. En appuyant avec le doigt sur le péroné depuis la malléole et en remontant vers sa partie supérieure, nous provoquons une douleur très vive, localisée à cinq centimètres au-dessus de la base de la malléole. L'abduction forcée provoque de la douleur et une crépitation passagère à ce niveau et montre l'existence d'une fracture du péroné oblique de haut en bas et de dehors en dedans,

sans déplacement. Rien dans le tibia. Compresses d'eau blanche.

10. — Gouttière plâtrée postérieure, munie d'un étrier, remontant au-dessus du genou.

15. — Le malade marche avec des béquilles.

10 *décembre*. — Consolidation osseuse, régulière, appareil silicaté.

22. — Le malade marche et quitte le service.

Obs. CIX. — *Péroné droit*. — Maignet (François), quarante-trois ans, garçon des halles, entre le 13 mai 1878, salle Saint-Augustin, 11. Homme vigoureux, sans antécédents vénériens. Ayant glissé sur un parquet ciré, son pied droit a tourné en dehors; il est tombé, s'est relevé et a pu faire quelques pas.

Gonflement peu considérable, légère teinte ecchymotique de la partie inférieure de la jambe et supérieure du pied; plus prononcés à la face externe du pied; mouvements possibles, peu douloureux. Douleur aiguë à un centimètre au-dessus de la malléole externe. Crépitation et mobilité anormale; fracture sus-malléolaire transversale, sans déplacement du péroné. Rien du côté de la malléole interne. Appareil plâtré.

28 *mai*. — On enlève cet appareil et on le remplace par un appareil dextriné. La consolidation est parfaite.

8 *juin*. — Le malade guéri part avec son appareil.

Obs. CX. — *Péroné droit*. — Jacquemeau, trente-deux ans, employé de magasin, entre le 12 février 1877, salle Saint-Augustin, 75. La veille, le pied droit a subi une torsion violente en glissant sur le pavé; il ignore dans quel sens. Après être tombé, il marcha pendant deux cents mètres et monta en voiture.

Pied dans une légère rotation en dedans. Gonflement peu marqué autour de l'articulation tibio-tarsienne droite, s'étendant sur la moitié externe du pied et sur le tiers inférieur de la jambe. Ecchymose au niveau de la malléole externe remontant à trois centimètres au-dessus. Mouvements volontaires impossibles; peu de douleur. Au toucher, point douloureux à la base de la malléole externe; légère dépression, crépitation très nette, mobilité anormale, montrant une fracture transversale avec peu de déplacement. Rien du côté de la malléole interne. Gouttière plâtrée. Compresses d'eau blanche.

20 *février*. — Gonflement disparu; nouvelle gouttière plâtrée. Sort le 22 mars. Consolidation parfaite.

Obs. CXI. — *Fracture oblique de la malléole externe droite, compliquée d'arrachement du ligament latéral interne*. — Périchon, quarante-quatre ans, emballeur, entre le 8 mars 1877, salle Saint-Augustin, 71. La veille il est tombé à la renverse en soulevant une caisse haute de 40 centimètres. Il éprouva dans le pied une sensation de torsion,

mais il ne peut dire dans quel sens elle eut lieu ; put marcher pendant un quart d'heure.

A son entrée : gonflement très prononcé de tout le pourtour de l'articulation remontant sur la moitié inférieure de la jambe ; ecchymose en avant et en arrière de la malléole externe remontant à cinq centimètres sur la jambe et descendant jusqu'aux orteils, ne dépassant pas la ligne médiane. Pas d'ecchymose au côté interne de l'articulation tibio-tarsienne. Pied dans une légère adduction. Mouvements volontaires possibles, mais limités et très douloureux. — A un centimètre et demi au-dessus du sommet de la malléole externe, la vue constate une dépression transversale des parties molles, profonde de 1 centimètre (coup de hache de Dupuytren). La pression exercée à ce niveau éveille une très vive douleur, on constate une fracture oblique en bas et en avant avec un écartement de 1 centimètre. La pression sur le sommet de la malléole produit une mobilité anormale très prononcée. Les mouvements d'adduction et d'abduction donnent de la crépitation.

Au sommet de la malléole interne, le gonflement est considérable, la pression y éveille une vive douleur et constate des rugosités annonçant que le ligament latéral est déchiré au niveau de son insertion à ce niveau. Cette déchirure se constate surtout lorsque le pied est porté dans l'abduction. Pas de déplacement de l'astragale. Réduction facile en portant le pied dans l'adduction. Il est maintenu dans cette position par une gouttière plâtrée.

30 *mars*. — Consolidation osseuse.

10 *avril*. — Sort guéri.

Obs. CXII. — *Péroné gauche*. — Delapierre (Eugène), quarante-sept ans, dessinateur, entre le 30 avril 1878, salle Saint-Augustin, 70. Quelques heures avant son entrée, en faisant un faux pas, le pied gauche a glissé en dehors. Il a pu se relever, mais il lui a été impossible d'appuyer sur le membre, tant la douleur était vive.

Tuméfaction considérable de la face dorsale et des faces interne et externe du pied jusqu'à la région métatarsienne ainsi que des faces antéro-externe et interne de la jambe jusqu'à l'union de ses trois quarts inférieurs avec son quart supérieur. Ecchymose étendue et surtout marquée à la face interne de la jambe et du pied. Mouvements limités, très douloureux, exagérés par la pression. Pied dans la rotation en dehors. Mobilité anormale, crépitation au sommet de la malléole externe; saillie sous la peau du fragment supérieur. On ramène le pied dans la rectitude : on applique le troisième jour un appareil plâtré.

19 *mai*. — Second appareil plâtré.

28. — Appareil silicaté. Consolidation parfaite.

15 *juin*. — Le malade part à Vincennes avec son appareil.

Obs. CXIII. — *Fracture compliquée de déchirure du ligament latéral interne.* (*Péroné droit*) (1). — Jacquet (Auguste), vingt-neuf ans, fondeur, entre le 13 mai 1878, salle Saint-Augustin, 77. Dans une lutte, son pied droit a tourné brusquement et il est tombé. Relevé, il lui a été impossible d'appuyer sur le pied ; il ne peut dire si le pied a tourné en dehors ou en dedans.

Gonflement marqué de l'articulation tibio-tarsienne et de la partie inférieure de la jambe ; ecchymose étendue sur la face externe du pied et de la jambe. Pied rejeté en dehors. La tuméfaction empêche de se rendre compte à la vue de l'état des malléoles dont les saillies ont disparu ; mais en appuyant avec le doigt à leur niveau, on détermine une douleur très vive. Si, le pouce étant placé sur la malléole interne, on imprime des mouvements au pied, on sent une crépitation qui n'est pas la même que celle que perçoit le médius placé sur la malléole externe. Cette partie de l'os se continue avec le reste du tibia, tandis que, du côté du péroné, le doigt reconnaît parfaitement une fracture avec la dépression qu'on a désignée sous le nom de coup de hache. Les mouvements volontaires du pied sont presque impossibles, ceux que l'on provoque sont douloureux. On place le pied dans l'adduction et on l'immobilise ainsi que la jambe au moyen d'un appareil plâtré.

11 *juin*. — On enlève l'appareil ; la consolidation est parfaite ; bande légèrement compressive.

15. — Sort guéri.

Obs. CXIV. — *Péroné gauche.* — Antoine (Joseph), trente-deux ans, menuisier, entre le 22 mai 1878, salle Saint-Augustin, 3. Il y a huit jours, il descendait dans une cave ; son pied gauche s'étant renversé en dehors, il est tombé de la hauteur de six marches. Il a pu se relever, remplir son broc et monter, à son logement situé au premier. Le lendemain il a voulu se rendre à son travail, ce qui lui a été impossible. Il a dès lors gardé la chambre, se contentant d'appliquer sur la partie douloureuse des compresses d'eau-de-vie camphrée. N'obtenant aucune amélioration, il entre dans le service. Il nous dit que le gonflement pendant les cinq premiers jours était considérable et siégeait tout autour de l'articulation.

A son entrée : gonflement de la face externe du pied, du cou-de-pied et de la moitié inférieure des régions externe et postérieure de la jambe. Les téguments présentent une teinte jaunâtre. La pointe du pied est légèrement portée en dehors. Douleur vive à la pression, crépitation et dépression, mobilité anormale et fracture à la base de la malléole externe.

(1) Les observations CXIII et CXIV ne sont pas résumées dans les tableaux.

Appareil plâtré.

25 *mai.* — La teinte ecchymotique et le gonflement de la jambe ont disparu.

1er *juin.* — Le malade part avec son appareil. Guérison le 22e jour.

§ II

Inflammations.

OSTÉITES — CARIES — NÉCROSES.

Les 8 observations placées dans la première partie de ce paragraphe, se rapportent pour la plupart à des *ostéites* anciennes subaiguës ou chroniques. Trois des malades étaient âgés de moins de quinze ans ; 3 avaient de seize à vingt ans ; enfin des deux derniers l'un avait trente-sept et l'autre cinquante-trois ans ; quatre avaient présenté antérieurement des manifestations non douteuses de scrofule ; chez les autres, on n'avait rien trouvé dans les antécédents qui permît d'incriminer une diathèse. Quant aux causes immédiates, elles seraient encore plus difficiles à déterminer. Chez 4 malades, l'affection était survenue d'une manière absolument spontanée ; ils n'avaient conservé le souvenir d'aucune circonstance à laquelle ils pussent rapporter l'origine de leur affection. Dans deux cas, la douleur et la fièvre suivirent de très près la fatigue et l'action du froid ; dans un autre le traumatisme fut la cause de tout, puisque les accidents inflammatoires se présentèrent 12 jours après la réduction d'une fracture du péroné ; enfin chez un dernier malade, ferblantier de son état, la cause fut purement professionnelle ; nous reviendrons sur lui. La maladie a débuté par des douleurs sourdes et profondes (3 fois) ; par du frisson et de la fièvre (2 fois) ; dans 2 cas, le premier phénomène a été une tuméfaction indolente.

Parmi tous ces cas, signalons l'observation CXV, p. 311. Il s'agit d'une ostéite suppurée de la branche montante gau-

che du maxillaire supérieur, développée d'une manière absolument spontanée chez une femme robuste et bien constituée : rien ne laissait supposer qu'elle fût scrofuleuse ou syphilitique ; le siège de la maladie ne permettait pas de croire que des fluxions dentaires eussent été la cause de tout, comme chez un autre malade dont l'observation se trouve dans un de nos précédents volumes (*Clin. de* 1875, obs. CCXVII, p. 323). Le diagnostic de ces affections n'est pas toujours sans difficulté. « Plusieurs maladies, » disions-nous au moment où nous présentâmes cette personne à la clinique, « ont avec celle-ci des analogies capables d'induire en erreur. Outre les tumeurs lacrymales, on peut rencontrer des kystes sébacés, des affections ostéo-périostiques ou des productions qui, après avoir pris naissance profondément dans les fosses nasales, envahissent toutes les dépendances de cette cavité, refoulent peu à peu les parois et viennent faire saillie à l'extérieur. »

Le siège et l'aspect de la tumeur actuelle rappelaient a première vue une tumeur lacrymale. Les symptômes qui ont signalé son apparition et en particulier le coryza et le larmoiement, sont fréquents au début des dacryocystites. A la suite d'un coryza chronique, la muqueuse nasale se boursouffle et elle peut arriver à oblitérer l'orifice inférieur du canal nasal ; elle obstrue même, dans la plupart des coryzas aigus, l'orifice nasal de la trompe d'Eustache ; les larmes s'accumulant dans le sac déterminent une saillie au niveau de l'angle interne de l'œil. La tumeur présente alors un étranglement en arrière du tendon de l'orbiculaire des paupières ; elle se déjette fréquemment d'un côté ou de l'autre, surtout en dedans ; elle peut s'enflammer et devenir le siège d'un abcès mais elle conserve toujours avec le sac lacrymal des rapports qui ne permettent pas de méconnaître longtemps son point de départ et elle est accompagnée d'épiphora. Dans notre cas, l'absence de tuméfaction limitée et de larmoiement nous fit rejeter l'idée d'une tumeur lacrymale.

Nous avons plusieurs fois rencontré des kystes sébacés dans cette région : un point noir ou jaunâtre répond à l'orifice

oblitéré de la glande. Chez notre malade il n'y en avait aucune trace; malheureusement son absence ne suffit pas pour écarter l'idée d'une tumeur de cette nature. Un caractère plus important est la position superficielle, l'indépendance de la face profonde ; la tendance à prendre une forme globuleuse. Dans le cas actuel il y avait une portion profonde, sous-périostique, de sorte que la partie superficielle se trouvait fixée à la surface de l'os. Au lieu d'être sphéroïdale, elle était ovoïde, allongée et beaucoup plus longue que large. Son évolution avait été plus rapide que celle des kystes sébacés.

Quant aux tumeurs qui naissent dans la profondeur des cavités, polypes naso-pharyngiens et autres, elles commencent par faire saillie au niveau de l'orifice antérieur des fosses nasales, de l'orbite, ou du voile du palais. Or l'examen des cavités nasales, à la vue, au toucher, au *speculum nasi*, ne nous révélait rien de semblable.

Restaient à étudier les tumeurs du périoste ou de l'os. « Les douleurs du début, l'élévation de température de la tumeur pendant sa formation, les symptômes observés au moment de l'opération étaient ceux d'une ostéite ou d'un abcès sous-périostique, consécutifs à une inflammation de la pituitaire apparue au début de l'affection. L'incision exploratrice et l'examen de la couche osseuse sous-jacente à la tumeur, vinrent confirmer ce diagnostic. » L'abcès fut ouvert, on fit des lavages iodés dans sa cavité et tout guérit sans accidents.

L'observation CXVIII, p. 313, est intéressante au point de vue de la marche des lésions et de leur origine : un ouvrier ferblantier âgé de dix-huit ans a une bourse séreuse professionnelle au niveau de l'extrémité antérieure du troisième métacarpien, celle-ci s'enflamme et l'inflammation s'étendant au médius, gagne les os sous-jacents et prend le caractère destructif. C'est exactement la marche que nous avons signalée pour certaines ulcérations de la plante du pied. Il n'y a donc dans celle-ci rien qui tienne spécialement à la région. La présence d'une bourse séreuse accidentelle à la main, son inflammation ou

plutôt ses inflammations répétées donnent lieu à un processus identique à ceux que nous avons étudiés plus haut.

L'observation CXIX, p. 314, est relative à une ostéo-périostite aiguë du fémur développée chez un jeune homme de dix-huit ans. La marche fut extrêmement redoutable au début et néanmoins tout se termina heureusement : après une course prolongée par la pluie et le froid, le malade est pris le soir en rentrant chez lui d'un violent frisson ; il peut se lever le lendemain, mais il ressent une vive douleur au voisinage du genou ; survient ensuite du gonflement, la fièvre augmente, et il entre à l'hôpital dans un service de médecine. Les jours suivants les symptômes locaux s'accusent et on voit qu'on avait bien affaire à une ostéo-périostite de l'extrémité inférieure du fémur. Plus tard une ouverture spontanée se fait vers l'un des côtés du creux poplité. Au moyen d'une contre-ouverture on peut passer un tube à drainage et faire des lavages antiseptiques dans le foyer purulent. La guérison est complète au bout d'un mois.

Chez l'enfant de onze ans de l'observation CXXIII, p. 321, une ostéo-myélite aiguë du tibia se développe onze jours après la réduction d'une fracture de cet os ; elle en amène rapidement la mortification et nous devons enlever une partie de la diaphyse convertie en séquestre.

Nous avons insisté longuement dans nos leçons de 1876 sur les faits analogues ; nous avons recommandé les longues incisions portant jusque sur le périoste et plus tard la trépanation de la diaphyse. De nouveaux cas s'étant présentés depuis à notre observation, voici ce que nous répétions à propos d'eux : (V. *Gaz. des hôp.*, 1879, p. 402.)

1° Bien que cette variété d'ostéite, qui débute le plus souvent dans les os longs, puisse se terminer, sans entraîner la mort, par des abcès osseux, sous-périostiques, intermusculaires, qui s'ouvrent spontanément, ou par une nécrose qui nécessite presque toujours l'intervention du chirurgien dans une période qui varie de quelques jours à plusieurs années ; l'expérience démontre, surtout lorsque la maladie se propage aux grandes articulations, telles que le genou, qu'il est

bon d'intervenir chirurgicalement aussitôt que l'affection est déclarée.

2° Dès les premiers jours, il ne faut pas hésiter à faire de *longues incisions préventives* aux lieux d'élection, qui sont : d'une part, les points où l'inflammation a débuté ; d'autre part, ceux où les os sont le plus faciles à découvrir, tels que leurs faces ou leurs bords superficiels et les interstices musculo-aponévrotiques. Ces longues incisions sont antiphlogistiques et servent à débrider le périoste qui a la plus grande tendance à se laisser décoller par les liquides sécrétés à sa face profonde. Il faut diriger les pansements de ces incisions de façon qu'elles ne se ferment pas trop rapidement. Elles suffisent souvent à enrayer l'affection à son début.

3° Lorsque celui-ci a été méconnu, ou bien lorsque la maladie est moins aiguë, et surtout lorsque le chirurgien est appelé au moment où la suppuration sous-périostique est déclarée, il faut encore recourir aux *incisions*, *en s'aidant du drainage* tel que l'a conseillé Chassaignac.

4° A une période plus avancée, qui peut ne durer que quelques jours, si ces longues incisions ne suffisent pas à enrayer la marche des accidents locaux et généraux, il ne faut pas craindre de *trépaner l'os jusqu'au canal médullaire*. Nous avons démontré, il y a longtemps (Voy. *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. II, thèse de Kleczkowski, Paris, 1867, et t. II de nos *Cliniques chirurgicales*, p. 445), que le moment le mieux indiqué pour pratiquer cette trépanation est celui où l'articulation voisine menace de s'enflammer et où cette inflammation est annoncée par l'apparition d'une hydartrose aiguë. Il faut surtout ne pas attendre, pour la pratiquer, que l'épanchement articulaire soit devenu purulent. Cette trépanation nous a presque toujours permis d'enrayer la marche de l'ostéomyélite : il ne faut pas hésiter à l'appliquer à diverses hauteurs si les symptômes indiquent que le pus s'infiltre à la fois vers la diaphyse et les épiphyses.

5° Lorsque ces opérations n'ont pas suffi pour empêcher l'ostéomyélite de se propager aux articulations, d'y provoquer une arthrite suppurée, lorsque les os adjacents se pren-

nent à leur tour, c'est à la *résection* et à l'*amputation* qu'il faut recourir, même lorsque les symptômes généraux annoncent un état d'intoxication très avancée. Si, au contraire, l'inflammation aiguë s'est éteinte sur place en laissant à sa suite des abcès osseux ou une nécrose plus ou moins étendue, il faut ouvrir ces abcès, extraire les séquestres en s'aidant au besoin de la trépanation ou de la résection ; l'amputation est alors rare.

Dans une leçon ultérieure nous sommes revenu sur ces faits et nous avons présenté les instruments dont nous nous servons d'ordinaire en pareil cas :

« Autrefois, disions-nous, lorsqu'il s'agissait de pénétrer dans l'os pour ouvrir un abcès, pour procéder à l'évidement, ou pour enlever une couche osseuse de nouvelle formation recouvrant un séquestre, on ne connaissait que le burin, la gouge et le maillet. On ouvrait la voie après un temps considérable et après avoir fait éprouver à l'os malade des ébranlements tout au moins inutiles, sinon dangereux. Aujourd'hui, ce temps de l'opération est rendu beaucoup plus court et plus facile par l'emploi d'un instrument que nous avons fait construire par Matthieu et auquel nous avons donné le nom de polytribotome ou mieux, par abréviation, de *polytritôme*, parce qu'il sert à broyer et à couper toutes sortes de tissus. C'est surtout pour les affections osseuses que nous l'avons imaginé (fig. 45 et 46).

Cet instrument diffère de tous ceux qui ont été inventés jusqu'à ce jour. Supposez un vilebrequin dont la mèche serait mise en place et maintenue par le chirurgien pendant qu'une force motrice mettrait l'instrument en mouvement. Un étau solide est fixé au pied d'un lit ou sur le dos d'une chaise. Un aide tourne une manivelle qui met en mouvement l'extrémité de l'instrument au moyen d'un système particulier dont on trouvera la description dans le catalogue de M. Matthieu.

A l'aide de cet instrument on peut faire agir des fraises, des scies, des couronnes de trépan, etc. Supposons qu'il faille enlever une portion longitudinale d'un fémur. Le chirurgien fait, à l'aide du polytritôme, un certain nombre de trous sur

l'os à quelques millimètres les uns des autres et sur les limites de la partie qu'il veut enlever. Puis, à l'aide de la gouge et du maillet, il fait sauter les ponts qui séparent les ouvertures et enlève en quelques secondes une portion d'os qu'il aurait été obligé de détacher par minces copeaux, sans le secours du polytriteur. » (*Gaz. des hôp.*, 15 avril 1880.)

Huit observations sont rangées sous la dénomination générique de *carie* (obs. CXXIV à CXXXII). L'âge des malades a varié entre seize et cinquante ans. Un avait moins de vingt

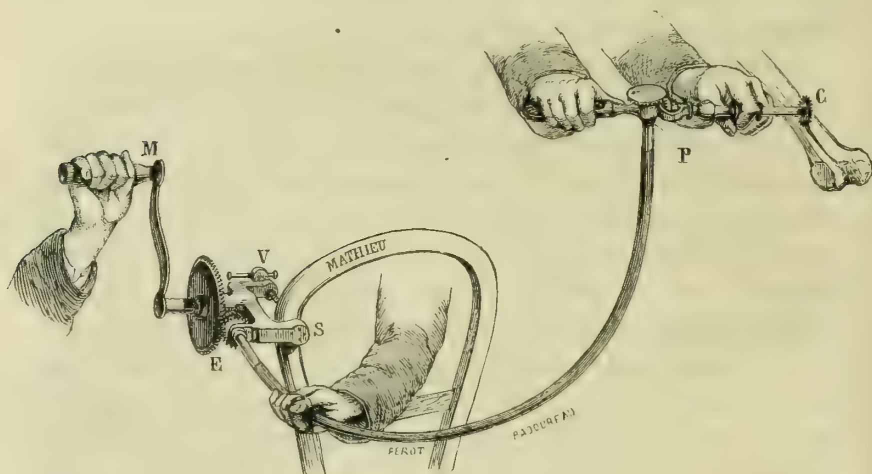


Fig. 50. — Polytritôme en action.

M, manivelle. — *E*, engrenage. — *S*, étau. — *V*, vis de fixation de l'étau. — *E*, *P*, câble de transmission flexible de la force motrice. — *P*, porte-foret. — *C*, partie agissante de l'instrument.

ans; entre la vingtième et la trentième année, nous n'en trouvons que 1, enfin tous les autres avaient de quarante à cinquante ans. Trois fois on a noté des antécédents diathésiques plus ou moins prononcés : deux malades étaient scrofuleux; un d'eux avait même eu à diverses reprises des localisations du côté du système osseux; une était profondément anémique. Enfin nous pouvons ajouter que dans un dernier cas, une cause déprimante accidentelle, la dysentérie, avait mis le malade dans des conditions très défavorables.

Chez 4 individus, la maladie avait pour cause immédiate une affection dentaire parfaitement visible transmise à l'al-

véole, puis à la paroi du sinus maxillaire. Dans un autre cas (obs. CXXV, p. 323), un arrachement du pouce fut suivi d'une adénite suppurative de l'aisselle ; celle-ci guérie, une autre la suivit ; à la suite de ces phlegmasies ganglionnaires répétées, 2 côtes se prirent et se carièrent. Chez un troisième malade un traumatisme violent du pied s'accompagna de douleurs à peine supportables et, plus tard, de la carie des métatarsiens broyés (obs. CXXVIII, p. 329). Les os intéressés ont été : le maxillaire supérieur, les première

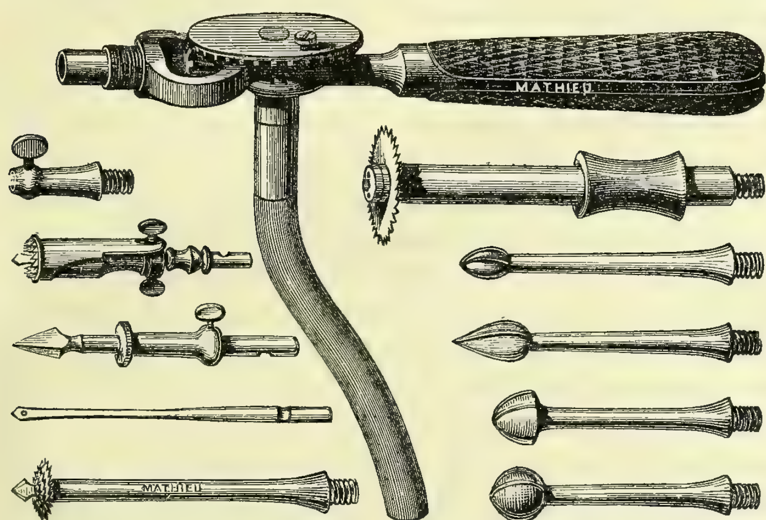


Fig. 51. — Diverses formes de fraises, trépans, scies et forets que l'on peut appliquer sur le polytritôme.

et deuxième côtes, le fémur (extrémité supérieure), le calcanéum, les métatarsiens et les phalanges des orteils (3 fois). Les opérations faites chez ces derniers ont été : l'évidement du calcanéum, l'ablation des métatarsiens, l'amputation d'une phalange du gros orteil ; toutes ont été suivies de guérison.

Les 9 malades entrés à l'hôpital pour des *nécroses* étaient âgés de dix-huit à soixante ans. Voici comment ils se répartissent d'après leur âge :

Au-dessous de 20 ans	1
De 20 à 30	2
De 40 à 50	3
De 50 à 60	2

La scrofule a été notée dans 4 cas. Chez ces individus, la nécrose fut la terminaison spontanée ou consécutive d'une ostéo-périostite produite par des causes extrêmement légères, telles qu'un refroidissement, etc. Dans tous les autres cas l'origine fut traumatique. Ainsi des 4 nécroses des mâchoires 3 eurent pour origine la fracture des parois alvéolaires déterminée par l'avulsion de molaires; la dernière était consécutive à une plaie de la face par arme à feu datant de 1871.

Dans l'observation CXXXII (p. 332), le diagnostic présenta un véritable intérêt. Bien que la maladie eût une cause manifestement traumatique et que les symptômes fussent ceux d'une inflammation franche, rien ne pouvait faire supposer qu'il y eût dans l'épaisseur de l'os une cavité kystique aussi étendue. Il était plus simple de voir qu'il ne s'agissait pas d'un sarcome par exemple, car à une période aussi avancée de leur évolution, ces tumeurs se révèlent par d'autres caractères : elles présentent, par place, des portions osseuses irrégulières et du tissu nouveau de consistance lardacée, plutôt que des symptômes d'inflammation franche. On avait encore moins à craindre un épithélioma compliqué d'adénite suppurée. Restait à savoir si autour de la dent malade il ne s'était pas formé un kyste situé dans l'épaisseur du corps du maxillaire inférieur et dont les parois, constituées par des lames de tissu compacte distendues, se seraient ensuite enflammées, couvertes de lames osseuses de nouvelle formation à l'extérieur, de bourgeons charnus à l'intérieur, et si plus tard les parois de ce kyste ne se seraient pas nécrosées elles-mêmes au contact de la suppuration. C'est à cette dernière opinion que nous sommes arrivés dans le cours de l'opération, parce que la cavité était arrondie, circonscrite, régulière, plus vaste que ne le comportait le volume des petits séquestres. La fracture spontanée était un autre argument en faveur de la justesse de cette manière de voir.

Dans tous ces cas, sauf un, nous pratiquâmes l'extraction : à la mâchoire, le davier et la pince hémostatique nous suffirent deux fois : chez les autres malades, nous dûmes réséquer un fragment osseux pour nous frayer une voie jusqu'au sé-

questre. Cette opération est parfois laborieuse et même difficile. A propos de l'humérus, nous décrivions longuement dans nos cliniques de 1876 le procédé suivi et les précautions à prendre en pareil cas (p. 455). Le malade en question est revenu depuis pour se faire enlever d'autres séquestres; nous avons procédé de la même manière que la première fois et la guérison a eu lieu sans encombre (obs. CXXXIV, p. 336).

A la cuisse, les difficultés sont les mêmes qu'au bras sinon plus sérieuses. Voici comment nous avons procédé chez le malade de l'obs. CXXXVIII, p. 338. Nous fîmes d'abord la compression avec une bande d'Esmarch, puis une incision oblique de haut en bas et d'avant en arrière sur la face interne de la cuisse. Cette incision comprit l'orifice du trajet fistuleux et intéressa la peau sur une longue étendue, afin qu'il fût plus aisé de se guider dans les couches sous-jacentes et que par la suite un écoulement facile fût ménagé au pus. Les parties molles avaient en ce point subi une altération profonde; elles étaient résistantes, lardacées et semblaient avoir éprouvé une transformation fibreuse dans l'étendue de 2 centimètres au-dessus de l'orifice et de 4 centimètres au-dessous. Cette incision nous ayant conduit sur le périoste en suivant la cloison intermusculaire interne, le doigt est introduit dans cette plaie et nous permet de constater à ce niveau que le périoste est soulevé par une collection purulente qui s'étend au-dessous de lui et a franchi les cloisons intermusculaires interne et externe. Ceci fait, le périoste est incisé avec le bistouri, assez largement, pour permettre l'introduction d'une spatule qui sert à le décoller. Nous parvenons de la sorte à dénuder largement la face postérieure du fémur et à introduire le doigt entre le périoste et l'os en ménageant les gros vaisseaux et les ligaments postérieurs qui recouvrent le siège de l'opération. A ce moment, l'extrémité de la spatule, de même que celle du petit doigt, nous montrent qu'il existe à la face postérieure du fémur une longue gouttière remplie de séquestres. Elle est trop rapprochée du bord externe pour nous permettre de les retirer et de ruginer la surface interne de la cavité pour enlever les fongosités.

Nous sommes contraint de réséquer la portion d'os qui nous masque les désordres profonds. Mais, comme il serait imprudent de prolonger notre incision en haut du côté de l'anneau du troisième adducteur, en bas du côté de l'articulation, nous n'hésitons pas à suivre la méthode que nous avons si souvent recommandée, c'est-à-dire à faire du côté externe de la cuisse, au niveau de la cloison intermusculaire externe une incision d'une longueur double de la précédente en suivant la face antérieure de cette cloison. Arrivé au périoste, nous l'incisons et nous trouvons des couches osseuses de nouvelle formation tellement épaisses que nous sommes obligé de les faire sauter avec la gouge, le maillet et notre polytritôme. Nous sommes frappé de la dureté excessive et de l'épaisseur de l'os nouveau, dont la présence annonce que les fragments de l'os ancien, sont situés dans la gouttière à une profondeur plus grande que nous n'aurions pu le supposer. La dureté de ces couches est comparable à celle de l'ostéite condensante : elle rend l'opération longue et laborieuse. Mais dès que nous avons vaincu leur résistance et que nous avons pu les enlever sur une hauteur de 5 centimètres, nous arrivons au milieu du trajet qui renferme les nombreux débris de l'os ancien. Ces débris sont de la grosseur d'un grain de riz et adhérents à des fongosités saignantes, plus résistantes que celles que l'on observe habituellement. La gouttière qui les renferme a la longueur et la largeur du doigt. Son extrémité inférieure arrive au contact de l'insertion fémorale du ligament postérieur de l'articulation du genou ; son extrémité supérieure se termine en cul-de-sac, dans la profondeur de l'os, au voisinage du canal médullaire. Une fois les couches de nouvelle formation détachées et le trajet converti partout en une large gouttière, il devient facile d'enlever les séquestres, en même temps que les fongosités, et d'évider les surfaces osseuses altérées avec des rugines droites et courbes appropriées. Comme le périoste de la face postérieure du fémur a été seulement décollé, nous en profitons pour passer un gros tube à drainage entre sa face profonde et l'os. Les

extrémités de ce tube sortent par les incisions interne et externe ; elles sont ramenées vers la face antérieure de la cuisse et liées entre elles. Les bords des incisions sont ensuite rapprochés au moyen de bandes de diachylon disposées obliquement. Le membre placé dans une gouttière est maintenu par de petits coussins de ouate rendus imperméables par notre procédé. Grâce à la bande d'Esmarch et aux pinces hémostatiques, l'opération a pu être faite sans perdre de sang.

Obs. CXV. — *Ostéite suppurée du maxillaire supérieur.* — Morel (Alexandrine) cinquante-trois ans, ménagère, entre le 5 janvier 1878. Pas d'hérédité. Jamais de maladies graves. Réglée régulièrement de quinze à quarante-huit ans; un seul accouchement régulier, à terme.

Il y a un mois, elle éprouva vers la racine du nez, des douleurs sourdes, profondes, lancinantes, intermittentes, s'irradiant vers la région frontale; peu après elle fut prise d'un coryza accentué surtout du côté gauche. Il y a quinze jours apparut au niveau de l'articulation de l'os propre gauche du nez et de la branche montante du maxillaire, au voisinage de l'unguis, une petite tumeur qui se développa progressivement et rapidement en même temps que la peau devint rouge et chaude. L'évolution de cette tumeur fut accompagnée de douleurs lancinantes peu accentuées.

A son entrée à l'hôpital : le tiers supérieur de la face latérale gauche du nez est déformé par une tumeur convexe, ellipsoïde, du volume d'une grosse fève, dont le grand axe est dirigé verticalement de haut en bas. L'extrémité supérieure remonte jusqu'au niveau du dos du nez : l'extrémité inférieure masque l'origine du sillon naso-jugal; le bord externe est parallèle à la direction du sac lacrymal dont il semble éloigné de un millimètre. La peau est soulevée, lisse, tendue, rouge, finement vascularisée; cette vascularisation se prolonge sur toute la face correspondante du nez. Par places la peau amincie présente des teintes jaunâtres, comme si l'on voyait par transparence du pus au-dessous d'elle. Au toucher la tumeur est ferme, résistante, irréductible, non fluctuante : sa consistance est celle des kystes fortement distendus. Elle paraît sous-périostique et ne contracte pas de rapports apparents avec le sac lacrymal. Il existe un peu de larmoiement de l'œil gauche, sans épiphora proprement dit, une sécheresse de la fosse nasale correspondante et une diminution de l'odorat comme dans le coryza. Ouverture avec le bistouri, lavages iodés.

Guérison au bout de quinze jours.

Obs. CXVI. — *Abcès ostéopathique de l'extrémité supérieure du bras gauche.* — Polini (Victor), quatre ans, est présenté dans notre service le 2 février 1878. Pas d'hérédité ; père, mère et un frère bien portants. Ophthalmie de deux à trois ans.

Il y a un mois, sa mère a remarqué qu'il portait, vers l'extrémité supérieure du bras gauche, une tumeur du volume d'une noix, sous-cutanée, mollasse, indolente spontanément, douloureuse à la pression. Cette tumeur n'existait pas au moment de la naissance; elle s'est développée sans causes connues ; le début est passé inaperçu. Depuis lors, elle n'a pas augmenté de volume et elle est devenue plus ferme.

Au niveau du bord antérieur du deltoïde, au voisinage des insertions humérales de ce muscle, on trouve une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, du volume d'une grosse noix, convexe, sans bosselures apparentes. La peau qui la recouvre est rosée par places, bleuâtre en d'autres points, plutôt épaissie qu'amincie.

Au toucher la tumeur a la même température que les parties voisines; elle est molle, fluctuante, de consistance liquide, incompressible et irréductible. Sa face superficielle soulève la peau avec laquelle elle a contracté des adhérences; sa face profonde adhère de même à l'aponévrose, sur tout son pourtour. Elle est parfaitement circonscrite, excepté vers la partie supérieure où elle envoie un prolongement du volume d'une plume d'oie qui s'engage au-dessous de l'aponévrose et se perd immédiatement au-dessous d'elle, dans la direction du col de l'humérus. Aucune douleur spontanée; douleur continue à la pression. L'os et les tissus qui l'entourent semblent intacts. L'articulation scapulo-humérale est saine : tous les mouvements sont conservés, complets et non douloureux. Rien de particulier dans les autres régions. L'état général est satisfaisant, néanmoins l'enfant est un peu anémique. Pour savoir s'il s'agit ou non d'un abcès ostéopathique, nous nous décidons à faire une incision exploratrice.

2 *février*. — Chloroforme. Nous pratiquons, à la surface de la tumeur, une incision verticale de 2 centimètres, en sectionnant les tissus couche par couche jusqu'au périoste que nous incisons à son tour. Ecoulement d'une cuillerée d'un pus épais, jaunâtre, légèrement grumeleux. Nous explorons ensuite les parois de la poche purulente à l'aide du doigt, de la sonde cannelée et du stylet, afin de chercher si elle communique avec l'os. Cette exploration nous montre que la communication n'a plus lieu et que son trajet s'est converti en un cordon fibreux imperméable. Nous ordonnons des cataplasmes de farine de lin, du vin de quinquina et du sirop d'iodure de fer jusqu'à ce que la suppuration soit tarie. Guérison en dix jours.

Obs. CXVII. — *Ostéomyélite nécrosique du corps de l'humérus gauche. Incision cruciale.* — Haumont (Albert), seize ans, ménanicien,

entre le 8 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 3. Petit, pâle, chétif. Maux d'yeux dans l'enfance et adénite cervicale guéris par l'huile de foie de morue et le sirop d'iodure de fer. Mauvaise hygiène, surmenage, habitation et nourriture malsaines. Il y a un an, son bras gauche commença à devenir le siège de douleurs à exacerbations nocturnes, disparaissant pendant deux ou trois semaines pour reparaître ensuite. Faiblesse du membre. Depuis six mois, gonflement rapide de la partie médiane du bras. Cessation du travail.

A son entrée : La peau est chaude, rouge, tendue, au niveau du tiers moyen de la face externe du bras. Déformation fusiforme due au gonflement de la partie médiane. Au toucher on reconnaît que cette augmentation de volume est causée par l'infiltration plastique des parties molles et par la production de couches osseuses de nouvelle formation au niveau du tiers moyen de l'humérus. En ce point, le diamètre de l'os est double de celui du côté opposé. La tuméfaction est uniforme, sans bosselures ni dépressions. Aucune trace de fluctuation. Pas d'allongement du membre. Douleurs ostéocopes, à exacerbations nocturnes. Depuis huit jours douleurs lancinantes. Les mouvements du membre se font régulièrement, mais avec une grande faiblesse. Pas de symptômes généraux, pas de fièvre; appétit et sommeil. Rien du côté des organes respiratoires. On immobilise le membre dans une gouttière en fil de fer. Cataplasmes laudanisés; traitement général reconstituant.

28 *avril*. — Incision cruciale à la partie moyenne du bras au niveau de la cloison intermusculaire externe. Ecoulement de pus. Le doigt introduit dans la plaie sent des couches osseuses concentriques de nouvelle formation et un cloaque au milieu de fongosités périosseuses : au centre, l'os dénudé est en voie de nécrose. Avec la sonde cannelée introduite par la fistule osseuse, on constate que le séquestre n'est pas mobile.

Les jours suivants, nous entretenons à ce niveau un trajet fistuleux et nous surveillons la marche de l'affection. Pansement avec deux mèches disposées en croix. Cataplasmes.

1[er] *mai*. — Suppuration modérée. Etat général satisfaisant.

10 *mai*. — La suppuration se tarit. Les douleurs ont diminué.

14. — La plaie est fermée. Le malade retourne chez lui.

Obs. CXVIII. — *Ostéite raréfiante du médius. Dégénérescence fibro-graisseuse des parties molles. Désarticulation métacarpo-phalangienne.* — Barbé (Léon), dix-neuf ans, ferblantier, entre le 14 février 1877, salle Sainte-Marthe, 16. Pas d'antécédents pathologiques.

Il y a deux mois et demi, une bourse séreuse siègeant à la face palmaire de la main droite, au niveau de la tête du troisième métacarpien, s'est enflammée, puis ulcérée. L'inflammation s'est étendue à la première phalange du médius qui est devenue très douloureuse,

malgré l'application de cataplasmes. — Apparition d'un petit abcès qu'un médecin ouvre avec le bistouri sur le bord externe de cette phalange. — Les jours suivants, deux nouveaux abcès sont incisés, l'un sur la face dorsale, l'autre sur la face interne.

A son entrée: le médius est dans l'extension forcée; il a l'aspect d'un cône allongé dont la base répond à la première phalange et a douze centimètres de circonférence. La tuméfaction s'est localisée à cette première phalange. La peau qui la recouvre est uniformément rouge et tendue. Sur les faces dorsale et latérales existent trois gros bourgeons charnus qui répondent aux incisions faites avec le bistouri et qui laissent écouler continuellement une faible quantité de pus. Par le toucher, on reconnaît que toutes les parties constituantes de la phalange participent à la tuméfaction, que leur consistance est dure, et que l'os semble triplé de volume. La pression sur la première et la deuxième phalange est très douloureuse. Les mouvements de l'articulation métacarpo-phalangienne sont abolis; ceux de la seconde phalange sur les premiers sont très limités et douloureux. La phalangette seule paraît intacte. Le doigt est très compromis, il empêche le malade de travailler, si bien qu'il demande a en être débarrassé.

3 *mars*. — Chloroforme. Une incision faite sur le côté externe de la première phalange permet de constater que les couches profondes sont désorganisées. Nous la dirigeons de manière à tailler deux lambeaux latéraux et à faire la désarticulation métacarpo-phalangienne. Deux pinces hémostatiques sont appliquées sur les vaisseaux collatéraux pendant deux heures. Réunion des bords de la plaie avec trois points de suture métallique. Pansement avec la glycérine et la compression ouatée.

L'examen de la pièce montre que les parties molles sont lardacées, fibro-graisseuses, que l'os est ramolli, fiable et qu'il est presque entièrement détruit par une ostéite raréfiante.

Pas d'accidents consécutifs. Pansements alcoolisés. Les fils sont enlevés le troisième jour. Réunion par première intention.

Le malade sort guéri le 17 mars.

Obs. CXIX. — *Ostéo-périostite du fémur droit. Abcès symptomatique. Drainage.* — Uriot (Léon), dix-huit ans, cartonnier, entre le 27 février 1877, salle Sainte-Marthe, 5. Bien constitué, pas d'antécédents pathologiques. Pas d'excès. Dans la maison où il travaille, il ne fait pas de courses, et n'est pas surmené.

19 *février*. — Contre son habitude il marche toute la journée par la pluie. Le soir en rentrant il est pris d'un violent frisson. L'accès ne se prolonge pas.

20. — En se levant, il ressent une légère douleur au genou droit; cependant il sort dans la journée. Le soir la douleur augmente sans gonflement apparent. Frictions d'alcool camphré. A partir de ce

moment malaise général. Le lendemain, anorexie complète et diarrhée qui n'a pas cessé depuis; il garde le lit.

21. — Gonflement à la face interne de l'extrémité inférieure du fémur. Fièvre violente et continue.

22. — Même état; insomnie complète. Grande agitation.

23. — Gonflement énorme des condyles fémoraux; ventouses scarifiées; vésicatoire de chaque côté du genou. Le gonflement diminue notablement.

28. — A son entrée : membre inférieur en demi flexion. Gonflement occupant seulement la face interne du condyle interne du fémur, ne dépassant pas la ligne médiane en avant, et n'atteignant pas le creux poplité en arrière. Peau chaude, un peu rosée. Douleur très vive remontant jusqu'au tiers supérieur du corps du fémur. A la palpation on trouve un empâtement profond, adhérant visiblement à l'os. Élancements dans la jambe malade; dans la nuit sensations de battement dans la partie gonflée.

Le malade est très abattu; les traits sont tirés; la langue est rouge et un peu sèche; perte totale de l'appétit; l'agitation a disparu. Il n'y a pas de céphalalgie, mais l'insomnie persiste. Depuis quelques jours le malade n'a plus de frissons, mais tous les soirs il est pris de sueurs abondantes qui durent jusqu'au matin. On donne du sulfate de quinine, et des potions contenant de l'alcool.

Quelques jours après la fièvre tombe, et le malade demande à manger. La douleur cesse, mais la peau rougit et la fluctuation se manifeste au niveau du condyle interne et du creux poplité.

14 *mars.* — Une ouverture spontanée se fait en arrière à la face interne du creux poplité. Il s'écoule une grande quantité de pus sanguinolent bien lié. La fièvre qui avait reparu depuis deux jours avec violence, diminue un peu.

17. — Incision à la partie interne du condyle interne, passage d'un tube élastique fenêtré qui sort par la plaie postérieure. La fièvre tombe le soir même.

Les jours suivants le malade mange avec plaisir, la plaie donne un pus abondant; on fait des lavages alcoolisés par le tube à drainage.

20 *avril.* — Le malade sort guéri. Le genou a repris ses mouvements, mais le fémur dans son tiers inférieur reste plus volumineux que celui du côté opposé.

Obs. CXX. — *Ostéo-périostite du tibia gauche.* — Michel (Auguste), seize ans, apprenti, entre le 17 juin 1877, salle Sainte-Marthe. Bien constitué, sans antécédents pathologiques. Aucune trace de scrofule. Père, mère, frère et sœur bien portants. Il y a cinq mois, la jambe gauche commença à augmenter de volume, surtout au-dessous du genou, sans douleur, sans cause connue. En mars dernier, abcès au tiers moyen de la face postérieure de la jambe, entre les jumeaux. —

Incision avec le bistouri, écoulement de sang et de pus. Cicatrice de un centimètre de longueur, ne présentant rien de particulier. La jambe a continué à se tuméfier, tout en restant indolente.

A son entrée: tuméfaction uniforme, régulière, des deux tiers supérieurs de la jambe gauche, surtout sensible à la face antérieure; œdème des parties molles. La peau est brune, épaissie, œdématiée, sans augmentation de chaleur, elle est pourvue de poils plus abondants que du côté opposé. Les tubérosités des deux tibias descendent plus bas qu'à l'état normal; circonférence de la jambe à ce niveau 0,33 centimètres; le côté opposé n'a que 0,26 centimètres. La crête du tibia est effacée sur la longueur des deux tiers et remplacée par une surface arrondie. Le gonflement descend jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus des malléoles. Pas d'allongement du membre. Pas de douleurs spontanées ni à la pression. Rien du côté de l'articulation du genou. État général satisfaisant; rien du côté des organes respiratoires. Le péroné et les autres os paraissent intacts. Le malade peut marcher, mais il se fatigue vite. Badigeonnages de teinture d'iode. Iodure de potassium 50 centigr. par jour puis 1 gr.; vin de quinquina.

20 *juin.* — Œdème moins sensible.

30. — Frictions avec onguent napolitain. Huile de foie de morue. Vin de quinquina.

15 *juillet.* — Mieux sensible. Même traitement.

30. — Emplâtre de Vigo. L'augmentation de volume au niveau de l'épiphyse a diminué de 2 centimètres et demi en circonférence. Le malade se lève toute la journée.

10 *août.* — La diminution s'effectue toujours progressivement. Le tibia est sensiblement revenu à son volume normal.

Le malade guéri quitte le service le 28 août. Il doit continuer chez lui le traitement.

Obs. CXXI. — *Ostéo-myélite aiguë de l'extrémité supérieure du tibia, compliquée d'un abcès sous-périostique et d'un phlegmon diffus de la jambe et du pied. Aspect typhoïde. Trépanation. Propagation à l'articulation et au fémur. Amputation de la cuisse. Guérison.* — M..., âgé de douze ans, fils d'un père robuste et d'une mère délicate, nerveuse, n'ayant jamais eu de maladies antérieures, se trouvait en vacances, à la campagne, quand, probablement sous l'influence de marches forcées, il fut pris tout à coup de fièvre, de frissons et d'une douleur très vive à la partie supérieure et interne de la jambe droite. Le Dr Gay, consulté à cette époque, pensa qu'il s'agissait d'une inflammation superficielle de la bourse séreuse de la patte d'oie; il prescrivit du repos et des cataplasmes. Cependant l'état général s'aggrava et un œdème aigu s'étendit du genou à l'extrémité des orteils.

Appelé en toute hâte, le 28 août 1877, par les parents, je constatai

qu'il s'agissait d'une ostéo-myélite aiguë, probablement suppurée, de l'extrémité supérieure du tibia, compliquée d'un véritable abcès sous-périostique et d'un phlegmon diffus commençant de la jambe et du pied. L'enfant avait l'aspect typhoïde et la fièvre caractéristique de ces sortes d'affections : séance tenante, je fis depuis l'articulation exclusivement jusqu'à la partie moyenne du tibia une longue incision intéressant la peau, le tissu cellulaire et le périoste épaissis. Aussitôt un verre de pus s'écoula et je reconnus que le tiers supérieur du tibia avait l'aspect nécrosé. Un peu au-dessous du cartilage de conjugaison je fis une incision transversale qui me permit de mieux juger de l'état de l'os et de trépaner jusqu'à la cavité médullaire. Arrivé à cette profondeur nous trouvâmes une grande cuillerée de pus qui s'écoula aussitôt. Voyant que le périoste était décollé sur toute la face antérieure du tibia, je songeai à passer entre l'os et lui un tube élastique fenêtré ; mais pensant que les incisions que j'avais faites étaient suffisamment longues, je me contentai de faire, entre le péronier et le muscle tibial postérieur, une incision que je conduisis jusqu'à l'espace interosseux. Nous espérions que cette incision, jointe aux autres et à la trépanation du tibia que je pratiquai à l'union de l'épiphyse et de la diaphyse, suffirait pour vaincre l'ostéo-myélite. Je fis aussi une dizaine d'incisions cutanées, sur différents points de la longueur du membre, pour enrayer la marche du phlegmon diffus.

Dès le lendemain la fièvre avait diminué, l'enfant était beaucoup plus calme.

Le surlendemain, je constate que l'œdème a disparu ; qu'il est sorti une cuillerée à bouche de pus par le drain placé dans le canal médullaire ; que les plaies de la partie inférieure de la jambe tendent à la cicatrisation et que celles du foyer de l'abcès et des interstices musculaires restent béantes. L'état général est satisfaisant, le malade s'alimente, prend les toniques ; ses évacuations se font normalement ; la fièvre est modérée. Le membre est placé dans une gouttière métallique à coussins séparés imperméables.

2 *septembre*. — L'incision périostique est maintenue ouverte par un drain et une mèche ; elle fournit un pus abondant et de bonne qualité. Gonflement du genou, avec épanchement intra-articulaire ; pas de rougeur, ni d'œdème ; pas de fièvre, ni de frisson. Immobilité, cataplasmes, sulfate de quinine, aconit, alimentation ; lavages et irrigations phéniquées.

4. — Apparition d'un abcès à la partie externe et supérieure de la jambe, au niveau de l'articulation péronéo-tibiale. Cet abcès est ouvert le 6. Il se fait du décollement en avant, au-dessus et en dehors de l'incision ; l'os est dénudé. Un drain est introduit par cette ouverture et ressort à la partie postérieure du jarret. Le tibia fournit tou-

jours une grande quantité de pus; il est dénudé dans un rayon de 2 centimètres. Alimentation tonique.

7. — En introduisant le doigt dans la plaie, au côté interne et postérieur du tibia je constate un décollement complet du périoste qui s'étend jusqu'à la face externe. A l'aide d'un trocart approprié, je passe un drain pour empêcher la stagnation du pus dans les parties profondes.

8. — L'amélioration se maintient.

9. — L'articulation du genou ne suppure pas, l'écoulement du pus se fait toujours facilement par les drains, les incisions tibiales et péronières. Toutes les plaies sont lavées avec de l'eau fortement alcoolisée. La jambe est placée dans une gouttière et entourée d'un large cataplasme alcoolisé. On fait trois pansements par jour. L'état général reste bon; l'appétit, le sommeil se maintiennent; il n'y a plus de fièvre : dans la partie dénudée du tibia apparaissent de fines granulations rosées, par groupes encore isolés. La rougeur inflammatoire articulaire a beaucoup diminué.

12. — L'état local est sensiblement amélioré; le contour des plaies et de la surface osseuse est rosé, bourgeonne et se déterge bien. La suppuration est toujours abondante, mais de bonne nature. Il y a des excoriations au sacrum. L'état général reste bon quoique faible. On adjoint du phosphate de fer au traitement antérieurement prescrit. Mêmes pansements, cataplasmes et lavages alcoolisés.

19. — Féréol, qui est consulté, trouve à la plaie un mauvais aspect : l'appétit diminue; il y a des vomissements. Le tiers inférieur du fémur est tuméfié et douloureux à la pression. Craignant la propagation de l'inflammation au périoste ou même à la moelle du fémur, nous voyons le malade ensemble le surlendemain.

21. — Nous trouvons le cul-de-sac supérieur de l'articulation rompu et le genou distendu par le pus qui refoule le triceps jusqu'au milieu de la cuisse. Bien qu'il n'y ait pas de rougeur des téguments à ce niveau, il n'est pas douteux que la synoviale a suppuré et que le pus l'a perforée. En même temps le périoste qui recouvre la partie inférieure du fémur est épaissi, douloureux; les mouvements du membre sont impossibles; le pouls est petit, extrêmement fréquent; les troubles digestifs sont considérables; il y a une profonde altération des traits. Il n'est pas douteux que l'enfant va succomber dans un ou deux jours, s'il est abandonné.

Dans ces conditions, ou bien il faut faire de longues incisions sur le côté externe du genou et passer par ces incisions des tubes à drainage pour faciliter la sortie du pus et modifier les surfaces sécrétantes, ou bien il faut amputer à la partie supérieure de la cuisse. Or, les incisions et le drainage qui suffiraient à guérir une arthrite suppurée du genou, ne pourraient enrayer l'inflammation qui s'est pro-

pagée au tiers inférieur du fémur, dans toute son épaisseur. Aussi n'hésitons-nous pas, malgré l'état d'épuisement de l'enfant, de proposer l'amputation comme dernière ressource.

Cette opération est faite circulairement à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen. La section du fémur nous ayant montré que la moelle est encore altérée à ce niveau, nous dénudons le périoste un peu plus haut et nous enlevons une autre rondelle de 3 centimètres. A ce niveau la moelle est saine; la plaie est réunie par première intention dans toute son étendue, sauf dans le cinquième inférieur; ses lèvres sont rapprochées dans le sens vertical; un tube à drainage placé au fond sort par les deux extrémités supérieure et inférieure. Nous mettons deux points de suture profonde et quatre superficielles à anses métalliques. Comme nous avions pris soin de mettre des pinces hémostatiques sur tous les vaisseaux pendant le cours de l'opération et, après les avoir retirées, de les lier avec des fils métalliques coupés au ras, rien ne s'oppose à l'adossement complet dans le sens latéral des surfaces divisées. Lavage du moignon avec de l'eau phéniquée. Pansement ouaté compressif.

A la suite de l'opération l'enfant reste toute la journée sous l'influence de l'ébranlement nerveux et d'un refroidissement dont nous avons beaucoup de peine à le faire sortir. Cependant, à force de frictions stimulantes, aidées de quelques boissons alcooliques, la réaction finit par s'établir franchement vers le soir. La diarrhée et les vomissements qui avaient apparu les jours précédents continuent.

La nuit et la journée qui suivent sont assez bonnes; il y a un sommeil réparateur. Le pouls tombe de 130 à 112. Alimentation modérée, œufs frais, viande crue, laitage, boissons vineuses, malaga, 125 grammes de cognac en 24 heures.

23 *septembre*. — La réaction se fait bien, le pouls est à 120, mais large, plein et régulier. Pas de frissons, ni de douleurs. Le pansement ne porte aucune trace d'écoulement purulent ou sanguinolent, toutes les fonctions se font bien.

Le pansement est d'abord laissé huit jours en place; il est fait ensuite tous les trois jours.

La réunion se fait par première intention et, sauf une phlébite du mollet gauche, aucune complication ne vient entraver la guérison.

Obs. CXXII. — *Ostéite condensante circonscrite du tibia gauche. Évidement et trépanation.* — Demoulin (Léon), quinze ans et demi, miroitier, entre le 11 mai 1877, salle Sainte-Marthe, 5. Bonne constitution, n'a jamais fait de maladies graves. Sa mère, toujours souffrante, est morte à quarante-huit ans des suites d'une couche. Quatre frères vivent et sont bien portants. Il y a un an, il ressentit au niveau du

tibia gauche, à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, de vives douleurs à la suite d'une journée de fatigue. En examinant la région il remarqua une tumeur dure, peu volumineuse, très douloureuse à la pression. Les douleurs diminuaient par le repos et s'exaspéraient par la marche ou la station verticale, à tel point que le malade fut bientôt obligé d'interrompre son travail.

En octobre 1876, il entra à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Duplay. Le repos au lit et des applications de cataplasmes amenèrent une amélioration notable. Mais dès qu'il reprit ses travaux, les mêmes accidents se reproduisirent. Depuis ce moment il est resté chez lui gardant le repos et appliquant des cataplasmes arrosés d'eau blanche.

11 *mai*. — Sur la face interne du tibia droit, à 3 centimètres au-dessus de la base de la malléole, existe une tumeur ellipsoïde, à grand axe vertical, à surface unie, régulièrement convexe, comme un verre de montre, faisant un relief de un centimètre à la partie la plus saillante, large de 4 centimètres et demi dans son diamètre vertical et de trois transversalement. La peau qui la recouvre a une teinte légèrement érythémateuse. Pas d'œdème, pas de dilatation des veines superficielles.

Au toucher on sent que la tumeur est d'une dureté caractéristique, sans bosselure à la surface, qu'elle est indépendante de la peau et qu'elle est recouverte par la lame compacte du tibia. Aucun point ramolli ou fluctuant. Ces symptômes nous portent à croire qu'il s'agit d'une ostéite profonde, étendue au canal médullaire, et qui nécessitera la trépanation.

19 *mai*. — Chloroforme. Incision cruciale jusqu'au périoste, qui est légèrement épaissi et que nous détachons avec la rugine afin de le conserver. Plus profondément nous trouvons une couche cartilagineuse en voie d'ossification ; et au-dessous d'elle le tissu spongieux est le siège d'une ostéite condensante.

A l'aide de notre polytritôme, de la gouge et du maillet, nous faisons sauter la couche compacte, puis nous pratiquons l'évidement. Nous reconnaissons que l'ostéite condensante s'étend profondément dans le canal médullaire qui est très saignant. L'opération terminée, nous remplissons le trajet osseux avec des éponges afin d'obtenir l'hémostasie définitive sur les surfaces saignantes.

20 — T = 39°. P = 98. Lavages alcoolisés ; on enlève les éponges.

21. — T = 38°6. P = 68. Même pansement. Le malade demande à manger. Douleurs sourdes au niveau de la plaie, s'irradiant vers l'articulation tibio-tarsienne. On introduit au fond de la plaie une mèche alcoolisée.

22. — T = 37°8. P = 92. Les douleurs ont diminué. La nuit a été bonne. Le malade mange avec appétit.

23. — T = 37. Absence complète de douleurs quand le malade conserve l'immobilité.

14 *juin*. — La plaie a diminué d'étendue ; répression avec le nitrate d'argent de bourgeons charnus luxuriants.

30. — Cicatrisation complète. Le malade marche avec des béquilles.

12 *août*. — Un abcès s'ouvre à la face externe de la jambe. Repos. Le malade sort guéri quelques jours après.

Obs. CXXIII. — *Ostéite aiguë traumatique, nécrose et phlegmon consécutifs à une fracture du peroné droit. Résection totale de la diaphyse.* — Spouler (Nicolas), onze ans, entre le 3 octobre 1876, salle Saint-Augustin, 74. Faible, anémié, lymphatique. Au mois d'août dernier il s'est fracturé le péroné droit à la partie moyenne, en heurtant avec violence un banc de bois. Son médecin réduisit la fracture et mit le membre dans un appareil. Le onzième jour, phlegmon diffus à la partie externe et supérieure de la jambe malade. Fièvre intense ; incisions multiples : malgré cette intervention, le phlegmon s'étendit à la partie inférieure de la face externe et à toute la face postérieure de la jambe.

Appelé à cette époque, je pratique de longues incisions au niveau du cou-de-pied et sur la face externe du membre, dans l'interstice des soléaires et des péroniers latéraux où je sens de la fluctuation. J'introduis le doigt par cette incision et je constate que le péroné fracturé et en voie de consolidation est en grande partie nécrosé ; qu'il est entouré d'un vaste foyer purulent s'étendant dans les intervalles musculaires. Au moyen de mes pinces hémostatiques, j'extrais d'abord une petite esquille, puis un gros séquestre qui comprend la moitié de la diaphyse. Une autre incision faite à la partie inférieure et externe de la région me conduit sur la moitié inférieure de la diaphyse également nécrosée ; ce dernier séquestre n'est pas mobile : j'essaye vainement de l'enlever avec mes pinces. Malgré cette opération, la fièvre redouble, la soif augmente, l'appétit continue à diminuer et la famille effrayée de cet état fait transporter le malade dans mon service.

A son entrée, nous plaçons le membre dans une gouttière à coussins séparés, nous faisons les pansements phéniqués et nous prescrivons un régime tonique.

De jour en jour la santé s'améliore si bien que, le dixième jour, la fièvre a presque entièrement disparu. Les incisions se cicatrisent et l'état local devient tellement satisfaisant que la guérison paraît proche.

7 *décembre*. — La fièvre revient et une nouvelle poussée inflammatoire se déclare dans la moitié inféro-externe du membre. Applications de cataplasmes émollients.

15. — Incision d'un abcès à l'union des tiers moyen et inférieur de la jambe.

16. — Ablation de séquestres au moyen d'une longue incision faite sur la face externe du membre parallèlement à son axe, entre le jambier postérieur et les péroniers latéraux. Nous constatons que le reste de la diaphyse nécrosée est devenu mobile jusqu'à la malléole externe; nous en faisons aisément l'extraction, sauf à la partie inférieure où nous trouvons encore quelques petits fragments que nous détachons avec la rugine. Pansements alcoolisés.

16. — T M = 39°. P = 112.

17. — T M = 38°,2. T S = 38°,8. P = 102.

18. — T M = 38. T S = 38°,4. P = 98. Même pausement.

19. — T M = 37°,4. T S = 38°,2. P = 96. Le malade se trouve bien et demande à manger.

20. — Le mieux persiste, la gaîté reparaît. T M = 37°. T S = 37°,6. P = 84.

21. — Nuit bonne. Température et pouls normaux. Appétit excellent.

A partir de ce moment l'amélioration marche régulièrement, la cicatrisation s'effectue et sous l'influence d'un bon traitement interne l'état général devient satisfaisant.

13 *février*. — Le malade sort guéri.

Depuis lors, malgré nos conseils, il a marché avec excès et négligé de porter un appareil; il en résulte que la cicatrice s'ouvre par places.

3 *juin*. — Après quinze jours de repos au lit la cicatrisation est définitive.

Obs. CXXIV. — *Carie du maxillaire supérieur gauche. Suppuration du sinus. Drainage. Guérison.* — Desnier (Claude), cinquante ans, pâtissier, entre le 31 octobre 1877, salle Saint-Augustin, 81. Pas d'hérédité. Bien constitué; bonne santé habituelle, pas d'antécédents vénériens ou tuberculeux. Il y a 18 mois, à la suite d'une fluxion dentaire, il se fit arracher la première incisive latérale gauche qui était saine; la première grosse molaire était cassée mais non douloureuse. A la suite de cette ablation la tuméfaction de la joue diminua. Quelque temps après, dysentérie.

Il y a un an, à la suite d'accidents graves du côté de la face, on fit à l'Hôtel-Dieu, au niveau du sinus maxillaire, une incision externe qui ne donna issue qu'à du sang et une incision buccale, dans le sillon gingival supérieur, dans la direction du même sinus. L'orifice de cette dernière incision demeura fistuleux. Peu à peu la joue se tuméfia et devint le siège de poussées inflammatoires aiguës, accompagnées de douleurs sourdes lancinantes.

A son entrée: la joue gauche est envahie par une tuméfaction cir-

conscrite dont le centre répond à la fosse canine; la peau soulevée, tendue, porte la cicatrice de l'incision antérieure. Du côté de la bouche, la première grosse molaire supérieure fait défaut, et le vestibule est tuméfié au niveau du point qui répond au renflement extérieur. Au centre de cette tuméfaction, on découvre un orifice fistuleux d'un centimètre de longueur, linéaire et parallèle au bord alvéolaire des deux grosses molaires ; il laisse écouler continuellement un pus séreux, mal lié, d'odeur fétide. Le stylet introduit dans cette fistule atteint verticalement le plancher de l'orbite en passant par le sinus maxillaire. Au toucher toutes les parties tuméfiées sont dures, épaissies, et donnent la consistance des tissus fibroïdes accolés à un plan osseux.

10 *novembre.* — Nous débarrassons l'alvéole de la première grosse molaire dont une racine pénètre jusque dans le sinus, nous élargissons l'orifice qui répond au fond de l'alvéole et à l'aide d'un trocart à courbure très brusque nous passons à travers le sinus un tube à drainage qui ressort par la fistule buccale. Les deux extrémités de ce tube sont ensuite attachées et laissées dans la bouche.

Les jours suivants, la suppuration est encore abondante, mais bientôt l'état général s'améliore. Le malade reprend ses travaux. Guérison en trois semaines.

Obs. CXXV. — *Carie de la deuxième côte consécutive à une adénite axillaire à répétition. Injection iodée.* — Villemain (Auguste), quarante-neuf ans, cuisinier, entre le 20 juin 1877, salle Saint-Augustin, 74. Pas d'antécédents héréditaires. Pas de scrofule ni de tubercules. Une chaudepisse étant soldat. Depuis dix ans, santé détériorée par des excès de fatigue. Il y a trois ans, pouce droit arraché entre un mur et un tonneau. A la suite adénite axillaire de ce côté ; guérison sans suppuration. Trois mois après, nouvelle adénite suivie d'un abcès qui s'ouvre spontanément au bout de 17 jours après avoir fait atrocement souffrir le malade et qui se cicatrise en 13 jours.

En février dernier, nouvelle adénite axillaire du même côté. Incision avec le bistouri ; suppuration abondante. Trajet fistuleux donnant continuellement issue à du pus en petite quantité mais qui affaiblit le malade. Injection de teinture d'iode, régime tonique.

En mars, une tumeur apparaît sur la seconde côte à deux centimètres du sternum, sans changement de coloration des téguments ; elle atteint vite le volume d'une noisette et devient douloureuse principalement à la pression. La peau rougit, se tend et s'amincit peu à peu. La tumeur se ramollit, devient fluctuante et finit par s'ulcérer.

A son entrée : l'ulcération a des bords irréguliers, comme déchiquetés, et verse des gouttelettes d'un pus sanieux, verdâtre, non fétide. Le stylet introduit par sa cavité montre que l'os est enflammé,

raréfié, ramolli, friable. Régime tonique. Injection de teinture d'iode étendue d'eau.

26 *juillet.* — Le malade sort amélioré.

Obs. CXXVI. — *Carie de l'extrémité supérieure du fémur droit.* — Hortre (Ernest), seize ans, monteur en bronze, entre le 25 mars 1878, salle Saint-Augustin, 5. Sujet scrofuleux, a eu mal aux yeux et dans la tête étant enfant. Son père est souvent malade, sa mère est bien portante. Une sœur unique qui est morte d'un *chaud et froid* après avoir été près d'un an alitée.

A neuf ans, il se frappa la côte actuellement malade contre un banc ; abcès suivi de fistule. Après un long séjour à l'hôpital Sainte-Eugénie, il sortit guéri. Cinq mois plus tard, sans cause appréciable, la fistule se rouvrait, puis se fermait peu de temps après pour se rouvrir encore.

A l'âge de quatorze ans, il reçut un coup au niveau de la hanche et, quelques mois après, se formait un abcès qui fut ouvert et resta fistuleux pendant trois ans. Pendant ce temps il prit à l'intérieur de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer et une nourriture essentiellement composée de viande. Il y a 15 mois, un nouvel abcès s'est formé à dix centimètres environ de grand trochanter qui, comme le premier, est resté fistuleux. La suppuration fatigue le malade qui se décide à venir à l'hôpital.

A son entrée, on voit deux fistules sur la face externe de la cuisse droite ; la première au niveau du grand trochanter, la seconde à dix centimètres au-dessous. Des gouttelettes de pus s'en écoulent continuellement, toutefois l'écoulement est plus abondant par l'inférieure. Le stylet introduit par les fistules rencontre l'os qui semble ramolli, privé de son périoste. Les deux fistules ne communiquent pas. On ne trouve aucune trace de séquestre et le malade assure qu'il n'est jamais sorti de parcelles d'os.

Les mouvements de l'articulation se font bien ; aucune déformation du membre ; légère douleur à la pression, mais pas de douleurs spontanées, à moins que le malade ne fasse une trop longue marche. Régime tonique, repos, iodure de potassium. Injections iodées. Amélioration rapide. Sort après trois semaines.

Obs. CXXVII. — *Carie centrale du calcanéum. Extraction des séquestres. Evidement.* — Rondeau (Félicité), vingt ans, couturière, entre le 11 octobre 1878, salle Sainte-Marthe, 52. Bonne santé apparente, constitution robuste, pas d'hérédité. Pas de maladies graves dans l'enfance. Menstruation régulière depuis l'âge de douze ans. Les règles sont abondantes, fortement colorées, mélangées à des caillots et durent 3 jours. Leucorrhée dans les intervalles. Nullipare.

Depuis deux ans et demi, palpitations, dyspnée cardiaque, œdème malléolaire, toutes les fois que la malade se fatigue, douleur localisée

à la face externe du talon gauche, attribuée à l'étroitesse de sa chaussure. La douleur d'abord intermittente, sourde, profonde, lancinante, devient ensuite continue, exacerbante et s'irradie vers tous les os du tarse. Il y a six mois, tuméfaction inflammatoire de la face externe du talon, rougeur et tension de la peau, élévation de la température locale. Malgré les cataplasmes, la peau finit par s'ulcérer et donna issue à une certaine quantité de pus crémeux, épais, bien lié. L'ouverture de l'abcès demeura fistuleuse et laissa s'écouler par la suite un liquide séro-purulent. La malade dut garder le lit pendant 6 mois. Amélioration notable sous l'influence du repos, des injections de teinture d'iode dans la fistule et du traitement interne (huile de foie de morue, vin de quinquina), qui permit à la malade de reprendre ses occupations. Dernièrement réapparition des accidents.

11 *octobre*. — L'orifice de la fistule est situé au niveau de la face externe du calcanéum, à 2 centimètres au-dessous du sommet de la malléole péronière, entre l'articulation calcanéo-cuboïdienne et les tendons des péroniers latéraux, mais plus rapproché de ces derniers. Cet orifice laisse continuellement écouler une faible quantité de pus séreux, jaunâtre, mélangé de grumeaux caséeux et de petits séquestres. Les bords sont rouges, violacés, saillants, recouverts de fongosités exubérantes et un peu saignantes. Au pourtour les parties molles sont légèrement tuméfiées; la peau présente une teinte brune qui diffère de la coloration rouge ou rosée de l'inflammation aiguë. Au toucher, consistance ferme, élastique des tissus lardacés. Il n'existe pas de points ramollis ou fluctuants, pas de décollement. L'exploration du trajet fistuleux à l'aide du stylet boutonné montre que les parois de la fistule sont tapissées de fongosités saignantes. L'instrument pénètre de 3 centimètres vers la partie centrale du calcanéum en traversant un tissu osseux ramolli, friable et en produisant la crépitation caractéristique des trabécules du tissu spongieux raréfié qui se brisent. Les articulations astragalo-calcanéenne et calcanéo-cuboïdiennes paraissent saines ainsi que la gaîne des péroniers. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne, ceux du tarse et des orteils sont conservés. Peu de douleurs spontanées, mais dès que la malade pose le pied à terre, douleurs vives s'irradiant à toute l'étendue du tarse.

26. — Chloroforme. Incision cruciale dont le centre répond à l'orifice fistuleux et qui n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Nous avons soin de ne pas blesser les tendons péroniers et leur gaîne, ainsi que les insertions ligamenteuses des articulations voisines. Après avoir disséqué les lambeaux cutanés par leur face profonde, nous les faisons rétracter par des aides et nous tombons sur le périoste épaissi, tuméfié, atteint d'inflammation chronique.

Nous le décollons avec soin, et nous mettons à découvert le foyer de suppuration. Nous constatons qu'il contient seulement un séquestre irrégulier du volume d'un pois. Après l'avoir extrait, à l'aide d'une pince hémostatique, nous voyons que la cavité, dans laquelle il était logé, est tapissée par des bourgeons charnus saignants en voie de transformation fibreuse ou cicatricielle, adhérents à des surfaces osseuses raréfiées dont nous faisons l'évidement à l'aide de la fraise de notre polytritôme. Il y a tout lieu de supposer qu'une guérison durable ne se fera pas longtemps attendre. 2 pinces hémostatiques placées sur de petites artérioles peuvent être enlevées immédiatement après l'opération. Pansement avec la tarlatane imbibée d'eau alcoolisée phéniquée. Tube à drainage laissé à demeure dans la cavité osseuse.

Dès le lendemain de l'opération la malade mange et dort comme d'habitude. La plaie se cicatrise rapidement.

Le huitième jour la cavité osseuse est comblée par des bourgeons charnus de bonne nature. Le douzième, on commence à cautériser au nitrate d'argent, ces bourgeons devenus exubérants.

Quand la malade nous quitte, le 14 novembre suivant, la plaie est guérie.

Obs. CXXVIII. — *Carie du premier métatarsien. Résection. Guérison.* — Sauvage (Désiré-Denis), quarante ans, employé de commerce, entre le 22 mars 1878, salle Saint-Augustin, 80. — Sujet robuste ; bonne santé habituelle. Il y a trois ans, il reçut sur le pied droit un corps du poids de 20 kilog. ; aussitôt après l'accident, douleurs vives. Le coup avait porté sur le premier métatarsien au niveau duquel on apercevait des traces de contusion. Au bout de 8 jours tout avait disparu. Pendant un an le malade ne ressentit au pied rien de particulier, mais au commencement de 1876, il se forma vers la partie moyenne du premier espace interosseux, un abcès volumineux que l'on ouvrit avec le bistouri. Il s'en écoula à peu près une cuillerée de pus épais, grisâtre, bien lié. La plaie se ferma en trois semaines. Un mois après, nouveau gonflement plus considérable et plus douloureux que le premier. Le malade voulut continuer à marcher, mais la jambe se gonfla au point de le forcer à garder le lit. La peau demeurait rouge, tendue, surtout au niveau du premier métatarsien et de l'articulation métatarso-phalangienne. Les badigeonnages iodés et une dizaine de séances d'ignipuncture rendirent la douleur moins vive, mais la marche resta impossible et les mouvements du gros orteil s'affaiblirent. Etat stationnaire jusqu'en juillet 1877. A cette époque, on fit mettre sur le pied un topique irritant qui fit l'effet d'un vésicatoire et forma une ampoule pleine de sérosité. Quelques jours après, on ouvrit un nouvel abcès sur le premier espace interosseux ; il s'en écoula un pus séreux, verdâtre, rempli de gru-

meaux. Vingt jours après, la cicatrisation était complète, mais la tuméfaction persista. Cataplasmes. Séjour à la chambre pendant 7 mois. Le pied revint alors presque à l'état normal; le métatarsien seul resta tuméfié. Le 11 mars 1878, après quelques jours de fatigue, une tuméfaction douloureuse survint de nouveau et força le malade à entrer à l'hôpital.

22 *mars.* — Tuméfaction considérable. Peau rouge, tendue, luisante. On trouve deux orifices fistuleux au niveau des anciennes ouvertures. Leur exploration à l'aide du stylet conduit sur le premier métatarsien qui est carié à son extrémité antérieure et atteint d'ostéite condensante à sa partie postérieure.

15 *juin.* — Chloroforme. Désarticulation et ablation du premier métatarsien avec l'orteil correspondant, par la méthode ovalaire. On fait trois points de suture à la partie supérieure de la plaie. La partie inférieure est laissée béante. On met un drain pour faciliter l'écoulement du pus. Pansement alcoolisé, phéniqué et ouaté compressif. Pas de réaction fébrile; pas d'accidents consécutifs.

Les jours suivants, sommeil un peu troublé par la douleur. Appétit normal. Pendant les 4 premiers jours, injections phéniquées par le drain. Le cinquième jour, on retire le drain et on enlève les fils.

28. — Les deux tiers de la plaie sont réunis, les bords ont un bel aspect et sont recouverts de bourgeons charnus de bonne nature. A partir de ce moment, la cicatrisation marche lentement, mais régulièrement: elle est complète le 20 juillet.

Le malade sort guéri le 25.

Examen de l'os. — Sur une coupe longitudinale du métatarsien nous constatons que cet os est diversement altéré suivant la hauteur où on l'examine. A la base le cartilage est normal. Dans les trois quarts postérieurs on trouve du tissu compacte à la périphérie et du tissu spongieux au centre. Ce tissu spongieux est plus dense qu'à l'état normal et occupe tout le diamètre de l'os qui ne présente aucune trace de canal médullaire. Il forme une masse centrale, conique, dont la base répond à la partie postérieure du métatarsien, dont le sommet se trouve vers le quart antérieur, et qui devient de plus en plus compacte en approchant de l'extrémité antérieure de l'os. Le périoste est plus adhérent à l'extrémité postérieure. L'articulation métatarso-phalangienne tuméfiée, est remplie d'un tissu mou, grisâtre, et renferme des grumeaux, de la sérosité et du pus. Du côté du métatarsien la surface cartilagineuse est très altérée, ainsi que la partie osseuse sous-jacente. Du côté de la première phalange, l'os est désorganisé, se trouve réduit à une masse centrale, irrégulière, entourée d'une matière blanchâtre diffluente; le cartilage n'existe plus et le périoste est complètement décollé, sauf quelques tractus

paraissant limiter des loges renfermant du pus et des travées osseuses en dégénérescence.

Examen histologique par J. André. — Les pièces ont été décalcifiées par l'acide picrique concentré, traitées par la gomme et l'alcool; colorées par le picro-carmin et l'éosine :

1° Extrémité du métatarsien. — Portion cartilagineuse. Le périchondre est détruit et présente par places une multiplication de ses éléments cellulaires; au-dessous, on trouve une zone dans laquelle la substance fondamentale du cartilage est granuleuse. Les chondroplastes ont disparu et les éléments cellulaires de ces derniers, non colorés par le carmin, sont en dégénérescence granulo-graisseuse pour la plupart. L'os situé au-dessous du cartilage est déchiqueté sur ses bords et creusé de cavités remplies de moelle osseuse. La totalité de l'os, sur une coupe, peut se diviser en deux parties très distinctes : la première formée de trabécules osseuses, colorées en rose pâle par la solution carminée; la seconde comprenant un tissu embryonnaire formant des cavités généralement rondes et plus ou moins larges. Le tissu osseux, dans les points les moins atteints, laisse reconnaître la disposition normale de l'os en couches concentriques autour des canaux de Hovers. Çà et là on rencontre un certain nombre d'ostéoplastes munis encore de leurs canalicules, mais leur nombre est très restreint.

En règle générale, on peut dire que ces ostéoplastes ne sont plus représentés que par des cavités élargies dans lesquelles on trouve encore par hasard quelques cellules en dégénérescence granulo-graisseuse. Nous ne croyons donc pas, par suite, que ces éléments prennent part à l'altération, car leur destruction précède l'envahissement progressif de l'os. La seconde portion, formée de tissu embryonnaire, se développe aux dépens de la moelle embryonnaire osseuse. Ses canaux s'agrandissent; autour d'eux la substance osseuse se ramollit, et de proche en proche l'extrémité de l'os prend un aspect spongoïde. Les vacuoles de l'éponge se trouvent remplies par la moelle dont nous venons de parler. Ces éléments médullaires eux-mêmes ne sont pas tous réguliers ; quelques-uns d'entre eux sont légèrement fusiformes. Très pressés par place, ils sont ailleurs écartés et séparés par un tissu fibrillaire très ténu. Au niveau des points où l'os est complètement détruit, cette masse de cellules forme des bourgeons dont l'organisation est déjà plus avancée et dont la vascularisation est très abondante. La substance osseuse dans ces points est complètement détruite. Les éléments situés au centre de quelques-uns de ces bourgeons sont en dégénérescence caséeuse; d'autres présentent les formes et les réactions du tissu fibreux mal organisé.

En résumé, contrairement à ce qui se passe dans les autres altérations des os, nous trouvons ici comme lésion primordiale une dégé-

nérescence des cellules osseuses suivie d'une résorption de l'os lui-même avec envahissement de cet os par des cellules embryonnaires.

Il nous resterait à examiner les fongosités qui entourent l'articulation malade; nous nous bornerons à dire qu'elles ne diffèrent en rien des fongosités que l'on rencontre dans les tumeurs blanches.

Obs. CXXIX. — *Carie du premier métatarsien, du premier, du deuxième et du troisième cunéiformes. Ablation des os malades.* — Lefebvre (Aimable) quarante-deux ans, gardien de la paix, entre le 17 juin 1877, salle Saint-Augustin, 78, pour une affection du pied gauche. Constitution détériorée, amaigrissement. Il a eu les fièvres au Sénégal et à la Guadeloupe. Il y a 18 ans, chancre induré de la verge, plaques muqueuses de la bouche et de la gorge. Au mois d'octobre dernier, il éprouva de vives douleurs dans le pied gauche qui ne tarda pas à se tuméfier. Trois abcès s'ouvrirent successivement et restèrent fistuleux. Ne pouvant faire son service, ce malade entra dans nos salles. Il fut d'abord soumis, sans résultat, à un traitement antisyphilitique. Il prit ensuite des toniques, mais, malgré tout, les symptômes prirent un tel caractère de gravité que nous dûmes penser à intervenir d'une manière plus énergique. L'état déjà si mauvais fut encore aggravé par un érysipèle qui nécessita le transport du malade dans une salle d'isolement.

La face dorsale du pied gauche est déformée, tuméfiée et présente les orifices de trois trajets fistuleux situés : l'un au milieu du premier métatarsien; les deux autres au niveau du quatrième à un centimètre l'un de l'autre. Les téguments sont rouges, luisants, surtout au pourtour des orifices fistuleux. Les mouvements sont impossibles. Un stylet introduit dans le trajet fistuleux correspondant au premier métatarsien pénètre dans l'épaisseur de l'os. Dans les deux autres fistules, il s'engage sous la peau qui est décollée de l'avant-pied vers la jambe. En pressant avec le doigt, on provoque un écoulement considérable d'un pus verdâtre et mal lié.

8 *juillet.* — Le malade étant endormi, nous appliquons la bande d'Esmarch, puis avec le bistouri, nous faisons sur la face dorsale du premier métatarsien et du premier cunéiforme une incision longitudinale pour bien voir l'état des parties osseuses sous-jacentes. Nous constatons alors que ces os sont profondément cariés et nous les enlevons en même temps que le gros orteil. L'ablation fut faite rapidement et sans perte de sang. Avant d'enlever la bande d'Esmarch, deux pinces hémostatiques furent placées sur les vaisseaux qui auraient pu donner du sang. Nous rapprochâmes les bords de la plaie par cinq points de suture métallique en ayant soin de laisser un espace à la partie inférieure et à la partie supérieure pour le passage d'un tube à drainage. Le membre fut alors placé dans une gouttière garnie d'une forte couche d'ouate recouverte d'une alèze et d'un

taffetas gommé. Pansement avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée et d'un linge fenêtré également trempé dans cette solution.

9 *juillet.* — Le malade n'a pu dormir tant il a souffert; pas d'appétit; soif ardente; bouillon froid, eau vineuse. Beaucoup de fièvre. Renouvellement du pansement.

10. — Souffrance plus supportable, sommeil de quelques heures. A mangé dans la journée d'hier deux potages au tapioca et bu : bouillon et eau vineuse. Moins de fièvre. On immobilise le pied au moyen d'une attelle plâtrée embrassant la face plantaire et la face postérieure de la jambe. Réunion par première intention.

Obs. CXXX. *Carie de la phalangette du gros orteil.* — Courtaud (Frédéric), soixante-quatre ans, menuisier, entre le 2 mai 1878, salle Sainte-Marthe, 23.

Pas d'hérédité. Ophtalmies et adénites cervicales dans l'enfance. Staphylôme de l'œil droit dont le début remonte à l'âge de douze ans. En janvier dernier, il éprouva sans cause connue, au niveau de la pulpe du gros orteil gauche, des douleurs sourdes, contusives, d'abord intermittentes, puis continues, exagérées par la pression de la chaussure et par la marche. Bientôt un abcès s'ouvrit à l'extrémité libre de l'orteil, donna issue à un pus séreux et demeura fistuleux. Ces accidents amènent le malade à l'hôpital.

2 *mai.* – Le gros orteil gauche est plus volumineux que le droit; la tuméfaction porte surtout sur la pulpe qui est renflée en massue. La peau est tendue, luisante, légèrement rosée, surtout à l'extrémité libre. A ce niveau, existe un orifice fistuleux en activité, un peu déprimé et en partie masqué par de petits bourgeons charnus. Le trajet exploré à l'aide du stylet conduit sur la phalangette qui est cariée, ramollie, et se laisse presque traverser d'une face à l'autre par l'instrument. L'ongle est en partie décollé. Au-dessous de cette partie non adhérente existe une seconde fistule sous-ungéale également en activité. Les parties tuméfiées ont une consistance molle qui rappelle celle des fongosités.

1er *juin.* — Chloroforme. Nous enlevons avec des ciseaux la partie d'ongle décollée, et nous incisons les parties molles qui recouvrent l'os. Celui-ci mis à découvert, nous constatons qu'il est carié dans la plus grande partie de son étendue ; il existe en outre un foyer d'ostéite condensante. Les tendons et les ligaments sont envahis par des ostéophytes au pourtour desquels se sont développées des masses fongueuses, épaisses. Nous extirpons l'os malade, les fongosités et les ostéophytes. Deux pinces hémostatiques placées sur les vaisseaux sont enlevées après l'opération. Celle-ci terminée, nous rapprochons les lèvres de la plaie à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnées. Pansement alcoolisé phéniqué.

Pas de réaction fébrile, pas d'accidents consécutifs. La cicatrisation marche comme pour une plaie simple.

Elle est complète le 26 juin 1878, jour de la sortie du malade.

Obs. CXXXI. — *Nécrose du maxillaire supérieur. Ablation des séquestres. Évidement. Parotidite.* — Seillery (François), trente-huit ans, mécanicien, entre le 20 février 1877, salle Sainte-Marthe, 7.

En 1871, il reçut dans la face un projectile de guerre qui fractura les deux mâchoires. A la mâchoire inférieure, on retira aussitôt des esquilles et deux petites molaires gauches : à la mâchoire supérieure, on enleva, deux jours après l'accident, un projectile et une esquille. La plaie se cicatrisa en quelques semaines, mais depuis lors la mâchoire supérieure resta douloureuse. En 1875, il eut un érysipèle de la face suivi d'un abcès qui fut ouvert avec le bistouri. A la suite il conserva une fistule dont l'orifice cutané est situé immédiatement au-dessous de la saillie de l'os malaire.

20 *février*. — Au fond de cette fistule le stylet sent un séquestre situé dans le maxillaire supérieur au voisinage de son articulation malaire.

24. — Le séquestre n'est pas mobile. Nous agrandissons un peu l'orifice de la fistule avec le thermo-cautère et nous retirons une très grosse esquille. La journée se passe bien.

25. — Frisson, malaise général, insomnie. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont douloureux.

26. — Gonflement limité à la région parotidienne gauche. Téguments un peu rosés, non érysipélateux. Pouls fréquent ; malaise notable.

27. — Douleurs plus vives; gonflement dur, résistant ; œdème superficiel. Impossibilité d'ouvrir la bouche. Huit sangsues.

28. — Le soulagement a été immédiat. La fièvre, la douleur ont diminué, mais le gonflement persiste. Cataplasmes en permanence.

29. — Le malade ouvre aisément la bouche. Le canal de Sténon, qui n'a pas été touché pendant l'opération, ne donne pas de pus.

A partir de ce jour, l'œdème périphérique disparaît et la tuméfaction cède plus promptement dans les couches profondes que dans les couches superficielles de la région.

6 *mars*. — Il ne reste plus trace de gonflement. La région est aussi souple que du côté droit. A aucune époque les vaisseaux et les ganglions lymphatiques n'ont paru enflammés.

14. — Le malade sort guéri.

Obs. CXXXII. — *Nécrose du maxillaire inférieur.* — Wermuth (Joseph), quarante-six ans, forgeron, entre le 20 mai 1878, salle Sainte-Marthe, 5. Pas d'hérédité. Otite moyenne dans l'enfance. Ni syphilis, ni tuberculose. Bonne santé habituelle.

Il y a quatre mois, sans causes connues, ostéo-périostite de la partie gauche du corps de la mâchoire inférieure. Il y a deux mois,

formation et ouverture spontanée d'un abcès du côté de la peau, à trois travers de doigt en avant de l'angle gauche de la mâchoire. Cette ouverture est demeurée fistuleuse et donne depuis ce temps issue à un pus séreux, mélangé de grumeaux. De nouvelles fistules se sont établies consécutivement ; l'une au niveau de l'angle gauche de la mâchoire, l'autre dans le sillon gingivo-labial à un centimètre et demi au-dessous du bord libre de l'alvéole de la première petite molaire, une troisième, au niveau de l'incision médiane gauche. Tous ces accidents ont été accompagnés de douleurs vives continues, exacerbantes et de gêne de la mastication.

20 *mai*. — Les parties molles qui recouvrent la moitié gauche du corps de la mâchoire sont tuméfiées, saillantes ; la coloration de la peau est foncée ; au pourtour des orifices fistuleux, rougeur érythémateuse. La muqueuse gingivale est considérablement épaissie, d'une rouge intense ; sur le bord alvéolaire elle est décollée, fongueuse, saignante. La seconde petite molaire et les deux grosses molaires font défaut. Les incisives et la canine gauche sont déchaussées, mobiles dans leurs alvéoles. Lorsqu'on saisit d'une main la moitié gauche de la mâchoire, de l'autre main, la moitié opposée, il est facile de leur imprimer des mouvements en sens opposé, en même temps que l'on perçoit de la crépitation comme dans le cas de fracture. Le foyer répond à l'intervalle de la canine et de la première petite molaire gauches. L'exploration avec le stylet des fistules et des alvéoles vides conduit sur du tissu osseux, dénudé, nécrosé, mobile en certains points.

8 *juin*. — A l'aide de pinces hémostatiques nous enlevons par les alvéoles ouvertes, un premier fragment mobile au niveau des petites molaires. Ce séquestre est lamellaire, irrégulier, dentelé sur les bords. Son épaisseur est de 1^{mm}, sa longueur de quatre centimètres et sa largeur de trois. Du côté de la branche montante nous sentons avec les pinces un autre séquestre en partie mobile et nous le détachons en même temps que plusieurs petits fragments diploïques. Nous nettoyons ensuite la cavité laissée par l'ablation des séquestres et nous y passons un drain dont une extrémité sort par l'orifice labial, l'autre du côté de la peau dans la région sous-maxillaire. Nous appliquons ensuite un chevestre, afin de tenir les deux fragments de la mâchoire en contact.

Le malade sort de l'hôpital avec son appareil. Guérison rapide.

Obs. CXXXIII. — *Nécrose de la branche horizontale du maxillaire inférieur consécutive à une ostéite compliquée de kyste et de fracture. Extraction des séquestres et évidement du kyste.* — Gosse (Auguste), trente-trois ans, ciseleur, entre le 8 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 26. Bonne constitution; pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques.

Il y a six mois, ablation de la première grosse molaire inférieure

gauche et, consécutivement, inflammation des parties molles avoisinantes. Formation d'abcès qui s'ouvrent dans la bouche; chute de la seconde grosse molaire; issue de plusieurs séquestres, dont le plus gros a le volume d'une amande. La région s'est tuméfiée progressivement; récemment 2 fistules se sont ouvertes à l'extérieur, au-dessous du bord libre du corps de l'os. Ces divers accidents amènent le malade à l'hôpital.

8 *octobre*. — Au niveau de la moitié gauche du corps du maxillaire, tumeur du volume d'un œuf de poule, à grand diamètre antéro-postérieur, étendue de la symphyse mentonière jusqu'au voisinage du bord antérieur de la branche verticale de l'os. La peau lisse, unie, est le siège d'une rougeur diffuse, inflammatoire, sans trace de vascularisation de mauvaise nature; au niveau des première et seconde grosses molaires on voit sous le bord libre de l'os, deux orifices fistuleux par lesquels s'écoule continuellement un pus séreux et mal lié.

Toutes les molaires font défaut; la muqueuse gingivale au pourtour de leurs alvéoles est érodée, ulcérée, recouverte de fongosités rougeâtres: au fond de l'ulcération on voit un point noirâtre, qui semble appartenir à un séquestre, et du pus s'écouler. Au toucher, les parties molles en dehors et en dedans, sont uniformément tuméfiées, empâtées, dures, lardacées; l'os paraît avoir subi une augmentation de volume considérable, comme dans les cas où un kyste ou une tumeur écartent les deux lames compactes. En imprimant des mouvements à la portion malade et en immobilisant la symphyse, on trouve de la mobilité anormale et de la crépitation au niveau de la seconde petite molaire: l'os est fracturé en ce point, mais les fragments sont maintenus en contact. Le stylet introduit du côté de la bouche, dans les diverses fistules, arrive sur l'os dénudé, rugueux, et pénètre dans un cloaque très vaste, tapissé de fongosités, dont le centre est occupé par un séquestre immobile. Les ganglions englobés au milieu de la tuméfaction ne se révèlent par aucun caractère particulier.

Toute la région est le siège de douleurs vagues, profondes, peu intenses, qui pendant la nuit deviennent aiguës, lancinantes et empêchent le malade de dormir. L'existence de ces douleurs, l'écoulement du pus par la bouche, la gêne de la mastication, la déformation de la face, ainsi que les autres symptômes locaux, nous montrent qu'il s'agit d'une nécrose du maxillaire consécutive à l'ablation d'une molaire.

13 *octobre*. — Chloroforme. Hémostasie préventive à l'aide de trois pinces hémostatiques placées de chaque côté des joues sur le trajet de la faciale et de la coronaire labiale inférieure.

A un centimètre en dedans du bord inférieur du maxillaire et parallèlement à ce bord, nous réunissons les trajets fistuleux extérieurs

par une incision de 4 centimètres qui intéresse la peau et les couches sous-cutanées épaissies jusqu'au périoste. A l'aide de rétracteurs, nous faisons écarter les lèvres de cette incision en haut et en bas. Dès que l'os est à découvert, nous détachons le périoste de sa face externe à l'aide d'une forte rugine ; nous détruisons des stalactites osseuses qui le doublent et nous ruginons la face interne de l'os en passant sous son bord inférieur. Celle-ci étant mise à nu nous reconnaissons que la partie moyenne de la branche horizontale est nécrosée. A l'aide d'une forte pince de Liston, nous réséquons toute cette portion malade, ainsi que le paquet de fongosités qui la recouvre. Nous trouvons au milieu des fongosités un nombre considérable de petits séquestres noirâtres.

L'os ancien a complètement disparu. Les bords des extrémités osseuses que nous laissons sont constitués par du tissu osseux de nouvelle formation qui forme sur une longueur de plusieurs centimètres deux nouvelles tables de tissu compacte aussi bien sur le fragment antérieur que sur le postérieur. En réalité, nous sommes en présence d'une vaste cavité daus laquelle nous pouvons promener le doigt et dont les parois minces, irrégulières, tapissées de fongosités, emprisonnent des séquestres nombreux, petits et noirâtres. Pour ne pas en laisser, nous ruginons avec soin les portions restantes de cette cavité.

L'opération est faite sans que nous ayons d'hémorrhagie, soit de l'artère dentaire, soit des artères extra-osseuses, grâce à 3 pinces hémostatiques placées sur les artères des parties molles. Nous laissons dans la plaie une mèche de charpie alcoolisée, accolée à un tube de caoutchouc fenêtré.

Le lendemain pas de fièvre : nous enlevons les pinces hémostatiques.

17, 18 et 19 *octobre*. — Fièvre, tuméfaction inflammatoire qui cède aux cataplasmes.

22. — Suppuration abondante. Lavages alcoolisés; le malade se lève et se promène dans la salle.

26. — Issue de 2 petits séquestres au milieu du pus.

5 *novembre*. — La plaie est cicatrisée. Une fistulette persiste et donne encore issue à quelques gouttes de pus. Quelques jours après, le malade sort guéri.

Obs. CXXXIV. — *Nécrose partielle du maxillaire inférieur consécutive à l'avulsion d'une petite molaire.* — Masquet Jacques, cinquante-neuf ans, homme de peine, entre le 18 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 25. Forte constitution, n'a jamais été malade.

Il se fait arracher la première petite molaire inférieure gauche en décembre 1876 : l'ablation détermine une fracture verticale, complète, du maxillaire inférieur à ce niveau. Entré à l'hôpital Lariboi-

sière en janvier 1877; deux abcès sont ponctionnés et drainés. Deux fistules externes persistent, l'une au niveau du menton, l'autre au-dessous et en arrière du trou mentonnier; mais du pus continue à s'écouler dans la bouche au niveau des alvéoles de la canine et de la première petite molaire gauche. Ablation de plusieurs séquestres, dont un très mince a 3 centimètres de longueur. Peu à peu les fistules externes se tarissent et se rétrécissent; mais les parties molles avoisinantes se tuméfient et des névralgies se déclarent au niveau des dents voisines.

Déformation de la joue et de la région sous-maxillaire gauches; tuméfaction diffuse, rougeur et tension de la peau. Du côté de la bouche, la muqueuse est également soulevée, distendue par l'œdème inflammatoire et un fragment osseux fait saillie dans l'alvéole de la canine baignée de pus. Au toucher, induration plastique des parties molles. Le stylet introduit dans les divers trajets fistuleux arrive sur des points nécrosés; mais il est impossible de reconnaître s'il y a un séquestre mobile.

30 *juin.* — Chloroforme. Guidé par l'index explorateur, nous saisissons avec le davier un séquestre irrégulièrement cubique de 3 centimètres de diamètre et nous en faisons l'extraction. Nous nous assurons ensuite que la cavité dans laquelle il était renfermé est saine, nous la ruginons et nous plaçons dans son intérieur une éponge que le malade comprime entre les mâchoires afin de prévenir toute hémorrhagie.

2 *juillet.* — La tuméfaction de la joue et celle de la région sous-maxillaire ont considérablement diminué; il s'écoule peu de pus par la bouche. Quelques jours après, la guérison est complète.

Obs. CXXXV. — *Nécrose de l'humérus droit. Issue et ablation de plusieurs séquestres.* — Galineau (Pierre), vingt et un ans, ferrailleur, entre le 20 novembre 1878, salle Sainte-Marthe, 29. Pas d'hérédité. Ophthalmie et chapelets ganglionnaires cervicaux dans l'enfance. Jamais de maladies graves jusqu'à quinze ans. Il y a six ans, sans cause appréciable, fièvre, douleurs dans l'épaule droite, tuméfaction du bras au niveau du sommet du V deltoïdien. Peu après ouverture d'un abcès à ce niveau, fistule intarissable qui donne issue à du pus et à de petits séquestres. A partir de ce moment, 10 abcès se sont développés à diverses hauteurs sur le bras droit, les uns se cicatrisant rapidement, les autres demeurant fistuleux. Il y a quatre ans, un chirurgien fit, dans le Cantal, l'ablation d'un séquestre gros comme l'annulaire et long de 8 centimètres. Il n'y eut pas d'accidents consécutifs et le malade put reprendre ses travaux, mais une fistule située à la face antéro-externe du bras demeura en activité. Depuis quelque temps le malade éprouve de nouvelles douleurs, la fistule donne plus abondamment et laisse échapper de petits séquestres. Le malade demande à entrer à l'hôpital.

20 *novembre.* — Le bras droit est déformé ; le tiers moyen paraît atrophié et contraste avec les tiers supérieur et inférieur qui sont tuméfiés, volumineux. La peau a conservé sa coloration, mais elle présente un grand nombre de cicatrices déprimées, trace des fistules guéries. A l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, au niveau du sommet du V deltoïdien, existe un orifice fistuleux, en activité, laissant écouler un liquide séro-purulent assez abondant. Cet orifice est en partie masqué par de gros bourgeons charnus saignants. L'exploration de la fistule à l'aide du stylet montre qu'il existe un séquestre mobile placé superficiellement. Au toucher, l'humérus paraît tuméfié à ses deux extrémités, il offre au contraire son volume normal à la partie moyenne.

29 *novembre.* — Chloroforme. Nous incisons, sur la sonde cannelée introduite dans la fistule, les parties molles jusqu'à l'os et nous tombons sur un cloaque suffisamment large pour l'introduction d'une pince hémostatique. A l'aide de cet instrument, nous enlevons un premier séquestre long de 2 centimètres et épais de 1 centimètre 1/2. Nous explorons de nouveau le cloaque et nous enlevons un grand nombre de petits séquestres du volume d'un pois. En remontant du côté de la tête humérale, nous trouvons un dernier fragment d'os nécrosé que nous extrayons; il est lamellaire et offre un diamètre de 2 centimètres. Après avoir ruginé les parois du cloaque, nous plaçons à demeure un tube à drainage qui facilitera l'écoulement des liquides et les injections. Pansement alcoolisé phéniqué.

Pas de réaction fébrile. La cicatrisation s'effectue régulièrement du fond vers la surface.

8 *décembre.* — On enlève le drain.

13. — Il n'existe plus qu'une petite plaie desséchée. Le malade quitte le service.

Obs. CXXXVI. — *Nécrose de l'humérus. Ablation des séquestres.* — Trochon (Louis), dix-huit ans, entre le 28 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 31 (V. *Clin.* de 1876, obs. CXLVI, p. 455). — A la suite de l'opération pratiquée l'année précédente, 2 fistules persistèrent, l'une à la partie supérieure du bras, l'autre à l'union des 3/4 supérieurs avec le 1/4 inférieur. Néanmoins le malade put travailler facilement. Dans les derniers temps, l'écoulement purulent est devenu plus abondant par la fistule deltoïdienne et de la gêne est survenue dans les mouvements de l'épaule. Ces phénomènes amènent de nouveau le malade à l'hôpital.

28 *décembre.* — Le bras gauche a la même longueur que le droit, mais son volume est un peu moins considérable, à cause d'un certain degré d'atrophie des muscles. Au toucher, on sent que l'humérus est tuméfié et plus volumineux qu'à l'état normal. Les mouvements du coude sont complets et normaux ; ceux de l'épaule sont douloureux

et limités. Au niveau du bord antérieur du deltoïde, près des attaches humérales de ce muscle, orifice fistuleux en activité qui occupe le centre d'une dépression cicatricielle, infundibuliforme. Cet orifice, en partie masqué par un gros bourgeon charnu, donne accès dans un cloaque qui renferme des séquestres mobiles, ainsi qu'on peut s'en convaincre à l'aide du stylet. A l'union des 3/4 supérieurs et du 1/4 inférieur de la face postérieure de l'os, très près de son bord interne, existe une dépression cicatricielle analogue dont le centre est occupé par un orifice fistuleux presque entièrement oblitéré.

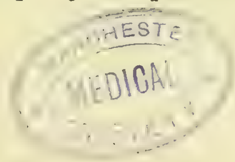
5 *janvier.* — Chloroforme. A l'aide d'une incision cruciale nous élargissons l'orifice fistuleux deltoïdien et nous arrivons facilement sur le cloaque ; nous faisons à ce niveau l'évidement de l'os nouveau afin d'obtenir un accès plus facile vers le séquestre ; puis à l'aide de pinces, à branches droites ou courbes, nous enlevons plusieurs séquestres. L'un d'eux, long de 5 centimètres, en forme d'aiguille, se dirigeait vers l'extrémité inférieure de l'os ; un second, mince, lamellaire, de la même longueur, mais large de 1 centimètre et demi, remontait au contraire vers la tête humérale ; d'autres beaucoup plus petits adhéraient aux parois de la cavité osseuse. Après avoir débarrassé minutieusement l'os de ces parties nécrosées, nous reconnaissons que le cloaque profond se dirige vers la partie moyenne du bras, du côté de la face externe. Nous faisons alors au niveau de son cul-de-sac inférieur, une incision cruciale des parties molles et après avoir ruginé le périoste, nous appliquons en ce point une couronne de trépan qui nous conduit à l'extrémité inférieure de la cavité intra-osseuse. Celle-ci présente alors deux orifices. Cette disposition nous permet d'y passer un tube élastique fenêtré dont les extrémités sortent par ces orifices. Quatre pinces hémostatiques appliquées sur les vaisseaux sont laissées en place pendant 24 heures. Nous exerçons, pendant le même temps, une compression méthodique sur les surfaces osseuses saignantes à l'aide d'éponges légèrement imbibées d'alcool.

6 *janvier et jours suivants.* — Pas de réaction fébrile. Lavages avec l'eau alcoolisée et phéniquée par le tube à drainage. Suppuration modérée pendant 15 jours.

21. — La suppuration étant tarie, on enlève le drain. Les bourgeons charnus se développent au niveau des orifices fistuleux qui s'oblitèrent de jour en jour.

25. — Le malade quitte le service complètement guéri.

Obs. CXXXVII. — *Nécrose du grand trochanter.* — Fonteyn (Louis), vingt-neuf ans, ciseleur, entre le 16 janvier 1878, salle Sainte-Marthe, 23. Adénite cervicale dans l'enfance. A l'âge de sept ans, après être resté longtemps couché sur un banc, il ressentit une vive douleur au niveau du grand trochanter. Quelques jours après survint un abcès



qui fut ouvert et traité à l'hôpital Sainte-Eugénie. Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, régime tonique. L'abcès est resté fistuleux et donne continuellement issue à quelques goutes de pus. Le malade boîte un peu et se lasse très vite. Dans ces derniers temps, il s'est beaucoup fatigué. Il y a neuf jours, sans cause connue, il éprouva une douleur aiguë en marchant. Rentré chez lui, il examina sa jambe et remarqua qu'elle était gonflée.

16 *janvier.* — En comparant les deux membres inférieurs, on constate que le droit est plus maigre que le gauche. Au niveau du grand trochanter on voit une cicatrice large de 2 centimètres au milieu de laquelle se trouve un orifice d'où s'échappe du pus. Au-dessous, à la partie latérale externe et un peu antérieure, gonflement avec rougeur et chaleur de la peau sur une surface de 10 centimètres. En cet endroit la fluctuation est évidente, mais il y a peu de douleur à la pression. Rien dans l'articulation coxo-fémorale. Le malade souffre beaucoup quand il appuie sur le membre et la marche devient impossible; sueurs nocturnes, fièvre et un peu d'inappétence; rien du côté des organes thoraciques.

19 *janvier.* — Incision au niveau de l'abcès. Pus en grande quantité. On ne sent pas l'os à nu.

20. — Pas de douleur; le malade se trouve beaucoup mieux.

30. — Le mieux continue. La plaie reste fistuleuse.

5 *février.* — Autour de la cicatrice trochantérienne, on remarque de la rougeur et le malade accuse une vive douleur. Le stylet introduit dans la fistule arrive sur l'os dénudé, et nécrosé et fait sortir du pus. Il en est de même en appuyant au niveau de l'abcès placé au-dessous, ce qui prouve que les foyers communiquent et que l'abcès de la cuisse est dû à la carie ou à la nécrose du grand trochanter. Au moyen d'une incision, on agrandit les fistules et on extrait les séquestres. On laisse ensuite un tube à drainage.

29. — Le malade quitte l'hôpital presque guéri.

Obs. CXXXVIII. — *Nécrose partielle de l'extrémité inférieure du fémur droit; hydarthrose secondaire du genou. Résection des bords de la gouttière renfermant les séquestres; extraction de ceux-ci.* — Bourgade (Jacques), trente-sept ans, garçon charbonnier, entre le 17 novembre 1876, salle Saint-Augustin, 73. — Son père est mort d'une *maladie de poitrine*, sa mère et ses quatre frères sont bien portants; quelques symptômes antérieurs de scrofule.

A douze ans, sa cuisse droite devient tout à coup et sans cause connue, le siège d'un gonflement douloureux qui l'oblige à rester alité pendant sept semaines. Depuis cette époque la cuisse droite est restée plus volumineuse que la gauche et le malade y ressent par les changements de temps une douleur sourde, profonde, qui n'arrête pas le travail.

A vingt-neuf ans, un petit abcès se fait jour à la face interne du membre à deux travers de doigt au-dessus du condyle interne. Cet orifice demeure fistuleux et n'a plus cessé de donner issue à une faible quantité de pus roussâtre, séreux, mal lié. Néanmoins jamais il n'est sorti par cette voie de fragment d'os. Depuis cette époque le malade continue ses travaux ; mais les forces diminuent, l'amaigrissement fait des progrès, les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale sont douloureux et la claudication se manifeste toutes les fois que le gonflement apparaît; elle disparaît avec lui.

Il y a trois mois, nouvel abcès sur la face externe de la cuisse, à 16 centimètres au-dessous du grand trochanter. L'orifice s'ouvre et se ferme par intervalles donnant issue à un pus mal lié.

17 *novembre*. — Le malade est pâle, anémié, très amaigri. La mensuration comparée des deux membres donne, pour la cuisse droite, une circonférence de 39 centimètres au niveau du trajet fistuleux, 35 centimètres seulement pour la cuisse gauche à une hauteur correspondante. Circonférence au niveau des condyles droits = 35 centimètres; circonférence au niveau des condyles gauches = 33 centimètres. La hauteur des fémurs mesurée du sommet du grand trochanter à la tubérosité du condyle externe est la même à droite qu'à gauche.

La peau qui recouvre la région malade a conservé sa température et sa coloration normales. Sur la face interne de la cuisse, à 7 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, dans un point qui correspond à l'anneau du troisième adducteur, on remarque un orifice fistuleux, limité à droite et à gauche par deux bourgeons charnus volumineux, au milieu desquels s'écoule un pus séreux. A ce niveau la cuisse présente un aplatissement qui contraste avec le gonflement des régions antérieure et externes; le creux poplité lui-même est moins profond qu'à l'état normal. Par la pression on constate que les parties molles tuméfiées offrent une consistance comparable à celle du tissu fibreux. L'introduction d'un stylet dans l'orifice révèle l'existence de deux trajets fistuleux profonds qui s'entrecroisent en X et se dirigent, l'un en haut et en arrière, l'autre en avant; tous deux aboutissent sur le fémur qui présente en ces points une grande consistance et une sonorité particulière.

On voit encore, à la face postérieure et externe de la cuisse, à 17 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, la cicatrice d'un orifice fistuleux aujourd'hui oblitéré. Le tiers inférieur de la cuisse est le siège de douleurs sourdes, profondes, spontanées, non continues, qui ne s'exagèrent pas par la pression. L'articulation du genou est remplie de liquide. Les culs-de-sac synoviaux sont proéminents, le supérieur remonte à 6 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule. Si on refoule au-dessous de cet os le liquide contenu dans

l'articulation, et si, en même temps, on presse brusquement sa face antérieure, on perçoit nettement le choc de sa face postérieure contre le fémur. La jambe est dans un état de légère flexion sur la cuisse. Les mouvements d'extension et de flexion forcées sont impossibles.

2 *décembre*. — Extraction des séquestres. T S = 38.

3. —	T M = 37°,8	T S = 38,4	—	P = 96
4. —	T M = 37°,6	T S = 38	—	P = 94
5. —	T M = 37°,4	T S = 37	—	P = 86
6. —	T M = 37°,2	T S = 37	—	P = 84

A partir de ce moment, la température devient normale, la cicatrisation s'effectue rapidement et la suppuration qui d'abord était abondante se tarit peu à peu. Pendant toute la durée du séjour à l'hôpital, le pansement consiste en lavages et en application de charpie imbibée d'eau alcoolisée.

24 *février*. — Le malade sort guéri.

27 *mars*. — A la suite d'une marche fatigante, un peu d'inflammation se développe autour de l'orifice externe du trajet fistuleux ; elle cède en quelques jours au repos et à des cataplasmes émollients.

[Pour les renseignements histologiques sur les inflammations des os, nous renvoyons le lecteur au résumé donné par André à la fin de la IIe partie de ce volume.]

§ III

Tumeurs.

Presque toutes les observations de tumeurs osseuses sont intéressantes ; celles dont l'histoire est relatée dans les volumes précédents n'étaient ni aussi nombreuses ni aussi importantes. Le tableau suivant va nous en donner une idée exacte. Nos 14 observations se répartissent ainsi :

Frontal.	*Sarcome*	1
Maxillaire supérieur.	*Sarcomes*	2
— inférieur.	Id.	1
Omoplate		1
Humérus.	*Exostose ostéo-cartilagineuse*	1
Fémur	*Exostose ostéo-cartilagineuse*	1
	Sarcome	1
Tibia	*Exostoses ostéo-cartilagineuses*	3
	Sarcome	2
Orteils.	*Exostose sous-unguéale*	1
	Total	14

Nous verrons que de ces 14 cas, 4 c'est-à-dire un peu plus du 1/4 sont relatifs à des exostoses ostéo-cartilagineuses. Dans une de nos leçons de 1875 nous attirâmes l'attention sur ces productions que nous avions spécialement étudiées sur les os longs des membres ; nous discutâmes leur pathogénie et nous montrâmes pour quelle raison nous préférions leur donner un nom en rapport avec leur structure, au lieu de les appeler, comme on le fait souvent, exostoses de croissance, des adolescents, épiphysaires, etc. Nous avons également insisté sur leur traitement et énuméré avec soin les précautions à prendre pour leur ablation. Le tableau synoptique qui suit contient tous les cas rapportés dans nos travaux et montrera de quelle manière nous avons appliqué ce que nous disions alors.

Exostoses ostéo-cartilagineuses traitées dans notre service de 1874 à 1879.

AGE.	SEXE.	ÉTAT GÉNÉRAL.	CIRCONSTANCES qui ONT PRÉCÉDÉ le DÉVELOPPEMENT de la TUMEUR.	TEMPS écoulé DE SON APPARITION à l'entrée DES MALADES à l'hôpital.	SIÈGE.	TRAITEMENT.	RÉSULTATS.	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.
38 ans.	Féminin.	Bon.	?	10 mois.	Maxillaire inférieur.	Ablation.	Guérison.	Clin. de 1875, p. 331.
21 ans.	—	Anémique.	Luxation de l'épaule.	7 ans.	Col chir. de l'humérus.	—	—	— p. 74.
19 ans.	Masculin.	Bon.	?	10 mois.	Fémur (partie inféro-interne.)	—	—	—
16 ans.	—	—	?	1 an.	—	—	—	Clin. de 1875, p. 333.
16 ans.	—	Rachitique.	?	10 mois.	—	—	—	—
16 ans.	—	Scrofuleux.	?	3 ans.	Tibia (extrémité supérieure).	—	—	—
10 ans 1/2.	—	—	?	18 mois.	—	—	—	—
8 ans.	Féminin.	—	?	5 ans.	—	—	—	—
20 ans.	Masculin.	Bon.	?	13 ans.	Péroné (tête).	Ignipuncture.	État stationnaire.	Clin. de 1875, p. 334.

En résumé : sur les 9 cas qu'on vient de voir, 8 ont trait aux os longs et un au maxillaire inférieur. Dans tous les faits de la première catégorie, l'exostose siégeait au voisinage de l'épiphyse. L'âge des malades a varié de huit à trente-sept ans ; ce qui nous donne une moyenne de 18 ans 3/10 si l'on calcule à partir du moment de l'entrée à l'hopital ; mais cette manière de faire est inexacte puisque certaines exostoses n'avaient été aperçues que depuis quelques mois tandis que d'autres étaient déjà visibles dix ans auparavant. En retranchant de l'âge des malades à leur entrée, le temps écoulé depuis qu'ils ont remarqué la première fois la tumeur, nous n'obtiendrons qu'un âge moyen de 14 ans 4/10 et encore faisons-nous rentrer dans ce calcul l'exostose du maxillaire inférieur observée chez un homme de trente-sept ans. Il est possible qu'elle fût de même nature que les autres ; mais il est possible également qu'elle eût une cause accidentelle et, bien qu'un interrogatoire minutieux n'eût pu faire découvrir dans les antécédents la moindre trace de syphilis, on doit tenir compte de cette possibilité. La moyenne relative aux os longs des membres est de 11 ans 1/2, ce qui semblerait indiquer que, pour eux au moins, la *maladie* se développe surtout pendant l'enfance et que, selon toute probabilité, *elle est en rapport avec le développement du squelette.*

Parmi les autres faits, nous devons surtout insister sur la tumeur à médullocèles de l'obs. CXXXIX, p. 346. Sa mobilité permettait de croire qu'elle avait débuté par la face profonde du périoste et qu'elle n'avait pas contracté partout des adhérences avec l'os, mais cette particularité paraissait difficile à expliquer en tenant compte des autres antécédents ; aussi pensâmes-nous que l'incision exploratrice seule, en permettant de mettre à nu la tumeur et de décoller le périoste, pourrait établir ce point de diagnostic. Sa consistance nous empêchait de songer à une exostose éburnée ; elle rappelait plutôt celle des ostéomes spongieux que l'on rencontre parfois dans cette région. L'absence de bruit de parchemin et de fluctuation ne nous permettait pas de songer à une tumeur kystique. Les chon-

dromes sont recouverts de bosselures en chou-fleur qui n'existaient pas ici. Les carcinomes ont une consistance toute différente et s'accompagnent d'adhérences caractéristiques du côté de la peau.

Les 3 sarcomes myéloïdes ou tumeurs, à myéloplaxes, siégeaient sur les maxillaires. Comme on peut le penser, nous les enlevâmes tous largement en ayant soin même de réséquer la portion d'os sur laquelle ils étaient implantés et cela dans la crainte que la dégénérescence ne s'y fût déjà propagée. Voici comment nous procédons pour le maxillaire inférieur :

Nous faisons notre incision au niveau du bord inférieur de la mâchoire dans la partie la moins apparente ; nous dirigeons la dissection de dehors en dedans en respectant jusqu'à la fin la muqueuse du vestibule et du plancher de la bouche. Grâce à ce procédé, il est toujours facile d'enlever une partie du maxillaire inférieur sans être gêné par le passage du sang dans la gorge et c'est pour mieux y réussir que nous avons fait construire, il y a vingt-cinq ans, par Mathieu, nos longues pinces coupantes dites rachitome et la scie de notre polytritôme. Ces instruments remplacent la scie à chaîne pour la résection des deux maxillaires. Le bras de levier des pinces doit être assez long pour qu'en saisissant par la plaie les deux faces de l'os entre leurs mors tranchants aussitôt qu'elles sont dénudées, on puisse, sans avoir besoin de sectionner la muqueuse buccale, les couper d'avant en arrière. Outre que ces modes de section empêchent le sang de tomber dans la bouche, ils sont en même temps plus rapides que tous les autres. Les branches des pinces doivent être très longues et leurs mors résistants, bien trempés et bien tranchants. Une précaution utile pour faciliter la section du maxillaire inférieur dans le cas d'ostéite condensante, c'est de ne pas chercher à en couper d'emblée les deux faces dans toute leur hauteur, mais bien de se contenter de saisir le tiers inférieur. Dès que cette portion est coupée, ce qui est au-dessus éclate avec plus de facilité.

L'obs. CLI, p. 366, est intéressante au point de vue de la

génèse de certaines tumeurs malignes; elle forme le pendant d'une observation rapportée dans le volume de 1876. Dans la première, comme dans la seconde, la tumeur siégeait à la jambe et avait détruit en grande partie le tibia ; dans toutes les deux on pouvait se demander si elle était primitive ou secondaire. La première malade avait eu peu de temps auparavant une fracture du tibia sous l'influence d'une cause très légère et nous nous demandions même si l'os s'était rompu parce qu'il était déjà malade ou si, au contraire, le traumatisme avait été l'origine de tout. « La fracture était-elle la cause de la tumeur? le traumatisme avait-il amené une détermination morbide *loco minoris resistentiæ*, comme l'a dit un de nos élèves qui a présenté cette observation à la Société anatomique? la chose est possible, mais il nous paraît plus probable que la tumeur née au centre même de l'os avait acquis un certain volume et diminué sa résistance à tel point qu'une fracture se produisit à la suite d'un choc très léger. »

Dans le cas actuel, au contraire, il me paraît difficile de ne point admettre que la dégénérescence embryonnaire ait été secondaire. Dès l'âge de quinze ans, la malade qui était probablement strumeuse se fait une excoriation de la peau; celle-ci ne guérit point et devient fongueuse. Jusque-là rien d'extraordinaire; nous avons vu à différentes reprises avec quelle facilité des ulcérations insignifiantes se couvrent de granulations chez les scrofuleux. Une des figures de nos cliniques de 1876 sur les tumeurs ganglionnaires représente un de ces fongus exubérants développé à la surface d'une adénite suppurée. Le même volume renferme l'histoire de deux fongus des lèvres nés, l'un à la surface d'un angiome ulcéré, l'autre sur une simple plaie (p. 524-525). Nous avons également dans la première partie de ce volume mentionné une affection de la séreuse des tendons extenseurs des orteils qui débuta comme une synovite chronique et finit comme une tumeur maligne. Chose à noter, tous ces faits ont été observés chez des individus jeunes, faibles, ayant eu des manifestations ganglionnaires, cutanées, oculaires, telles que l'existence de la scrofule ne pouvait être mise en doute.

Les tumeurs gagnaient en profondeur, détruisaient les muscles, les aponévroses et même les os, se comportaient en un mot comme de véritables cancers. De plus, les deux dernières, auxquelles nous faisons surtout allusion ici, avaient altéré l'état général et diminué la force de résistance des malades. Une d'elles a succombé à une hémorrhagie secondaire après l'amputation de la jambe; c'est la seule fois que nous ayons eu un insuccès dans ces conditions ; l'autre fut atteinte d'infection purulente (il y en avait à ce moment quelques cas dans le service de l'un de nos collègues à l'hôpital) et, bien que nous eussions dans notre service plusieurs individus ayant subi récemment des opérations graves, aucun d'eux n'en fut atteint. Tout ceci montre qu'il n'existe pas toujours entre les diathèses scrofuleuse et cancéreuse une délimitation bien précise et que, chez un individu atteint de la première, une production nouvelle, si bénigne qu'on la suppose, doit toujours être surveillée.

Obs. CXXXIX. — *Sarcome à petites cellules* (*Tumeur à médullocèles*) *du frontal. Ablation. Guérison.* — Cliche (Albert), seize ans, doreur sur bois, entre le 14 février 1877, salle Sainte-Marthe, 21. Pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques.

Il y a deux ans, il remarqua immédiatement au-dessus de l'apophyse orbitaire externe du frontal gauche, une saillie du volume d'un pois, dure, indolente, profonde, qui se développa lentement, sans causer ni gêne ni douleur.

Aujourd'hui nous constatons dans la région une tumeur aplatie, régulièrement convexe, comparable pour la forme et les dimensions à un verre de montre ordinaire, et dont la partie élevée forme un relief de un centimètre. Sa surface est lisse, unie; ses bords se confondent insensiblement avec les parties voisines. Elle recouvre la ligne temporo-frontale qui part de l'apophyse orbitaire externe et la déborde à droite et à gauche d'une même quantité. Sa limite inférieure est l'arcade orbitaire dont elle reste distante de un demi-centimètre. La peau qui la recouvre a conservé ses caractères.

Au toucher, la consistance est osseuse, homogène, rappelant celle du tissu spongieux, moindre par conséquent que celle des exostoses éburnées. Aucune sensation de fluctuation ou de froissement de parchemin. La peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose et les fibres musculaires avoisinantes la recouvrent sans contracter d'adhérences avec elle. Sa face profonde se perd manifestement dans la lame com-

pacte du frontal et du temporal. Dans le sens vertical la tumeur est fixe. Si on la prend au contraire dans le sens transversal, entre les deux index, comme s'il s'agissait de rechercher la fluctuation, on reconnaît une sorte de mobilité qui contraste singulièrement avec les autres symptômes et fait croire qu'elle est sous-périostique, d'autant mieux qu'elle glisse légèrement à la surface de la lame compacte.

24 *février*. — Incision verticale en arrière de la saillie orbito-temporo-frontale : une autre part de sa partie inférieure vers la région sourcilière préalablement rasée. La position de cette double incision est celle qui permettra le mieux de dissimuler plus tard la difformité. Nous disséquons ensuite avec le bistouri les couches sous-jacentes dont les vaisseaux n'ont pas sensiblement augmenté de volume et sont saisis avec quatre pinces hémostatiques. Nous arrivons sur le périoste qui est adhérent et étalé à la surface de la tumeur : nous le détachons avec une rugine et nous reconnaissons que la production morbide dépend de l'os, dont la lame compacte soulevée, étalée, recouvre toute sa surface, et que son pourtour se confond insensiblement avec le tissu osseux voisin. Nous en reconnaissons surtout les limites à la différence de coloration du tissu malade qui est violacé, rougeâtre, lie de vin et rappelle la teinte dite myéloplaxique. A l'aide de la gouge et du maillet, nous circonscrivons le pourtour et nous enlevons tout d'abord la portion proéminente de la tumeur. Sous l'action de l'instrument, nous constatons que le tissu morbide est moins dur que l'os normal ; aussi, pour mieux enlever les prolongements qu'il envoie dans le diploé et la lame interne, nous nous servons de gouges droites et courbes pour en pratiquer l'évidement jusque dans le tissu sain. Si les limites sont faciles à atteindre et à franchir à la périphérie, il n'en est pas de même au centre ; nous devons enlever avec prudence quelques portions de la table interne. A plusieurs reprises nous nous demandions s'il n'eût pas mieux valu trépaner largement, mais le peu de consistance de l'os nous fit regarder l'emploi du trépan comme dangereux et nous fîmes de préférence usage de la gouge à main. Nous songeâmes même un moment à provoquer la nécrose de la portion de la table interne envahie avec la pâte de Canquoin, mais le voisinage de la dure-mère nous empêcha de recourir à ce procédé. Du reste nous parvînmes à dépasser les limites du mal sans accidents.

L'opération terminée, nous exerçâmes temporairement une compression méthodique au moyen d'éponges et nous réunîmes les bords de la plaie par quatre points de suture. Pansement avec l'eau alcoolisée.

Aucun accident grave à la suite de l'opération. Jusqu'au quatrième jour, la température ne dépasse pas 38°,6. Nous enlevons alors les

sutures. Réunion par première intention. Douze jours plus tard le malade sort complètement guéri.

Obs. CXL. — *Sarcome myéloïde développé dans le sinus maxillaire droit. Résection du maxillaire.* — Roy (Anna), vingt-deux ans, concierge, entre le 24 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 41. Otite moyenne, gourme et adénites cervicales suppurées dans l'enfance ; sa mère est morte phthisique à quarante-cinq ans. Menstruation régulière depuis seize ans et demi. Un seul enfant bien portant. Jamais de maladies graves. Il y a deux mois, apparition de divers accidents tels que : enchifrènement, diminution de l'odorat, larmoiement du côté droit, puis légère déformation de la moitié droite de la face. Cette déformation commença par une tuméfaction du sillon naso-jugal droit. Bientôt odontalgie à la mâchoire supérieure droite. Peu après une gêne de la mastication la porta à examiner sa bouche et elle constata qu'une grosseur se développait à la partie droite de la voûte palatine. L'accroissement fut rapide, en même temps la douleur et le gonflement de la joue augmentèrent et les dents s'ébranlèrent. Il y a trois semaines, un médecin donna un coup de bistouri du côté du palais ; mais il ne sortit que du sang. Il y a huit jours, le même médecin fit une nouvelle incision qui ne donna, comme la première fois, issue qu'à du sang.

24 *décembre*. — La face est déformée, le nez est dévié à gauche. Gonflement œdémateux de toute la joue droite. Pas de rougeur notable, mais une teinte pâle, un peu livide. Au toucher on sent, au-dessous de l'œdème inflammatoire, la consistance osseuse du maxillaire supérieur qui paraît déformé, saillant; sensation de fluctuation en dehors de l'aile du nez. L'examen des fosses nasales montre que la paroi externe de la cavité droite est bombée, saillante, refoulée sur la cloison. Du côté gauche, les dents sont au complet et saines, mais du côté droit, la deuxième incisive, les petites et les grosses molaires supérieures, moins la dent de sagesse, sont mobiles. Sur la moitié antérieure de la voûte palatine, du côté droit, on voit une saillie dure, du volume d'une amande, granuleuse, bourgeonnante, saignant au moindre contact ; la muqueuse qui la recouvre est devenue friable. Dans le sillon gengivo-génien existe un bourrelet fluctuant recouvert par une muqueuse, violacée, presque noirâtre. Rien dans les ganglions sous-maxillaires et parotidiens.

29 *décembre*. — Chloroforme. Hémostasie préventive à l'aide de pinces placées sur la lèvre supérieure de chaque côté de la ligne médiane, sur la sous-cloison et sur l'aile droite du nez. Nous faisons sur les téguments et les couches sous-jacentes, jusqu'aux os, une incision qui part de l'extrémité externe du sillon orbito-palpébral inférieur droit, suit ce sillon jusqu'à son extrémité interne, descend dans le sillon naso-jugal, contourne l'aile droite du nez et la

partie adhérente de la lèvre supérieure jusqu'à la sous-cloison et divise, enfin, la lèvre supérieure sur la ligne médiane dans toute sa hauteur. Nous disséquons ensuite toutes les parties molles de la joue par leur face profonde, afin de mettre à nu la face externe du maxillaire supérieur droit et de l'os malaire. Des pinces hémostatiques sont placées sur les vaisseaux à mesure qu'on les rencontre. Les parties molles disséquées et rejetées en dehors, nous constatons qu'il existe au niveau de la fosse canine un kyste à surface violacée, noirâtre, régulier, dont la paroi est formée en partie par la paroi extérieure du sinus maxillaire réduite à une bosse papyracée, en partie par la fibro-muqueuse gengivale. Ce kyste contient 30 grammes de sang pur. Lorsque sa paroi est incisée, on voit les racines des dents, plongeant au milieu d'une masse, bourgeonnante, d'aspect lie de vin, myéloplaxique, qui remplit le sinus. A l'aide des pinces de Liston nous coupons, d'une part, la portion osseuse du palais, sur la ligne médiane, de l'autre la branche montante du maxillaire supérieur droit au-dessous de l'os propre du nez. Nous isolons ainsi la totalité du maxillaire supérieur droit que nous luxons ensuite à l'aide d'un fort davier. Ceci fait, pour éviter toute chance de récidive, nous réséquons une partie de l'os malaire et de la paroi orbitaire inférieure. Pendant que des aides nettoient continuellement la cavité buccale à l'aide d'éponges montées sur de longues pinces et changent de temps à autre celles que nous avons placées dès le début de l'opération au fond du vestibule pour s'opposer à l'entrée du sang dans le larynx. Nous plaçons alors une grosse éponge dans la cavité qui résulte de l'ablation du maxillaire, afin de comprimer les surfaces osseuses saignantes. L'opération terminée, nous replaçons les parties molles de la joue et de la lèvre dans leur situation normale et nous les suturons à l'aide de dix fils métalliques. Pansement alcoolisé phéniqué. L'examen de la tumeur démontre que nous avons eu affaire à un sarcome myéloïde.

30 *décembre*. — T M = 38°. T S = 58°,6. P = 120. Lavages avec de l'eau tiède légèrement alcoolisée. On enlève l'éponge qui comprimait les surfaces osseuses et trois pinces. Pas d'hémorrhagies.

31. — T M = 37°,6. T S = 38°. P = 100. Injections et pansement avec l'eau alcoolisée. La malade a passé une bonne nuit, bouillon et lait administrés avec un vase à long goulot.

1er *janvier* 1878. — T M = 37°,4. T S = 37°,8. P = 96. On enlève trois fils à la partie supérieure de la plaie qui est réunie. Bandelettes agglutinatives.

2 *janvier et jours suivants*. — Température normale. On enlève les autres fils. Réunion par première intention. On maintient les parties en contact à l'aide de bandelettes. Injections détersives intra-buccales.

6. — La malade se lève : des bourgeons charnus de bon aspect recouvrent les surfaces osseuses dénudées.

11 *janvier*. — Sort guérie.

12 *juin*. — Elle porte une obturateur qui masque la perte de substance osseuse. Il faut s'approcher d'elle pour reconnaître qu'elle a subi une opération. La guérison est définitive. Elle parle distincte ment. Mastication et déglutition faciles.

Obs. CXLI. — *Sarcome myéloïde du maxillaire inférieur. Résection de l'os. Guérison.* — Boscler (Désiré Edmond), dix-huit ans, maçon, entre le 22 juin 1878, salle Sainte-Marthe, 12.

Sujet fort, bien constitué. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, vénériens ou tuberculeux. Bonne santé dans l'enfance. Il y a trois ans, odontalgies violentes et carie des molaires inférieures gauches. A la suite de ces accidents, une tumeur s'est montrée sur la portion horizontale gauche du maxillaire inférieur, et s'est accrue rapidement en déterminant peu de douleur. Il y a deux mois, la région sous-maxillaire correspondante s'est tuméfiée à son tour et a rapidement augmenté de volume.

22 *juin*. — La moitié inférieure de la joue gauche et la région sous-maxillaire présentent une tuméfaction étendue de la symphyse du menton à l'angle de la mâchoire. En haut elle se perd insensiblement vers la partie moyenne de la joue, en bas à la limite de la région sus-hyoïdienne. La peau est lisse ; sa coloration n'a pas subi de modification appréciable. Les incisives et la canine sont saines et ont leur situation et leur direction normales ; la première petite molaire est conservée, mais elle est luxée en dedans, en avant et en bas. En arrière de cette dent, on trouve sur le bord alvéolaire un espace de 8 centimètres et demi dépourvu de dents. La grosse molaire qui vient ensuite est luxée en avant ; sa surface triturante regarde directement en avant vers l'orifice buccal. A l'extrémité postérieure du bord alvéolaire, on voit une autre grosse molaire qui est luxée en arrière et un peu en dedans. Tout le liséré gingival épaissi, tuméfié, présente la coloration lie de vin, caractéristique des tumeurs à myéloplaxes, et forme autour des couronnes des dents conservées un bourrelet qui les enchâsse en remontant un peu au-dessus du collet. Sur le bord alvéolaire du maxillaire, dans l'intervalle qui répond aux molaires disparues, on retrouve un tissu fongueux, en chou-fleur, qui offre la même coloration lie de vin que le bourrelet gingival. Les faces interne et externe de l'os sont au contraire recouvertes par une fibro-muqueuse pâle, un peu exsangue ; elles sont convexes, saillantes et débordent largement en dedans et en dehors le bord alvéolaire, comme si la tumeur s'était développée dans l'épaisseur de l'os en écartant les lames du tissu compacte. La branche horizontale gauche du maxillaire inférieur représente en effet une tumeur du volume d'un gros

œuf de poule. Le toucher démontre que les faces interne et externe de la tumeur sont osseuses et simplement recouvertes par le périoste. Sur le bord gingival les cloisons interalvéolaires sont résorbées ; dans l'espace de trois centimètres et demi qui sépare la première petite molaire de la grosse, tissu fongueux. La mastication est gênée, la bouche continuellement pleine d'une salive épaisse et filante.

22 *juin.* — Chloroforme. Du côté de la peau, à 3 centimètres au-dessous de la branche horizontale du maxillaire, incision elliptique à concavité supérieure et transversale. Nous disséquons ensuite les parties molles par leur face profonde afin de ne pénétrer que le plus tard possible dans la cavité buccale et d'éviter ainsi l'accès du sang vers les voies aériennes. Nous isolons la tumeur de la branche horizontale jusqu'à la symphyse du menton ; elle dépasse la ligne médiane de 1 centimètre. Nous sommes obligé de détacher le muscle génio-glosse et, pour éviter que la langue ne retombe vers le larynx, nous en traversons la pointe avec un fil dont nous fixons les extrémités sur la joue avec du collodion. D'autre part, nous détachons les insertions inférieures du masséter et du ptérygoïdien interne qui sont soulevées par la tumeur. Nous coupons alors le maxillaire sur la branche montante, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, de manière à dépasser les limites du mal. En avant, section de la symphyse atteinte d'ostéite condensante. Avec la scie de notre polytritôme, l'opération peut être terminée sans que le sang tombe dans la bouche. Pour terminer, nous plaçons comme à l'ordinaire, de chaque côté, au fond du vestibule, des éponges montées sur de longues pinces. 8 points de suture, à la partie postérieure, où nous laissons une ouverture suffisante pour le passage d'un drain, les lavages et l'écoulement des liquides. 10 pinces hémostatiques sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif.

Coupe antéro-postérieure de la tumeur. — Cavité kystique dont la paroi supérieure ou alvéolaire est complètement résorbée. La partie postérieure, très épaisse au niveau du bord alvéolaire, s'amincit ensuite brusquement en se portant vers le bord inférieur de l'os où elle se réduit à une lame papyracée. Cette minceur extrême se retrouve sur les parois antérieure, externe et interne de la cavité. Le diamètre vertical est de 5 centimètres et demi, l'antéro-postérieur mesure 6 centimètres. Le centre est occupé par un tissu violacé, lie de vin, molasse, manifestement formé par des éléments myéloplaxiques. Elle occupe toute la hauteur de la cavité et se continue, au niveau du bord alvéolaire, résorbée avec les fongosités qui faisaient saillie du côté de la cavité buccale. Dans le sens antéro-postérieur, ce tissu n'occupe pas toute l'étendue du kyste. On trouve en effet en avant et en arrière de la tumeur deux loges remplies d'un liquide séreux, jaunâtre,

transparent; l'antérieure plus petite est triangulaire; la postérieure semi-lunaire a une hauteur de 4 centimètres et une largeur de 2.

23. — T M = 37°,6. T S = 38°,4. P = 97. On enlève les pinces; pas d'hémorrhagie. Lavages avec l'eau alcoolisée. Lait etbouillon donnés à l'aide d'un biberon.

24. — T M = 38°. T S = 38°,8. P = 96. — Œdème inflammatoire au niveau de la joue et de la région sous-maxillaire.

25. — T M = 37°8. T S = 38°4. P = 96. — Suppuration peu sensible : quelques gouttes de sérosité sanguinolente.

26. — T M = 37°,8. T S = 38°,2. P = 94. — On enlève la moitié des fils que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées.

27. — T M = 37°,6. T S = 38°. P = 90. — On enlève les autres fils. Réunion par première intention de la plaie cutanée, sauf au niveau du tube qu'on laisse en place. Suppuration modérée.

28. — T M = 37°. T S = 37°,6. P = 80. — L'œdème de la face a disparu. La plaie buccale est en voie de réunion. A partir de ce moment la température reste normale. La cicatrisation s'effectue rapidement.

2 *juillet*. — On enlève le drain qui ne donne plus de pus.

19 *juillet*. — Guérison. Le malade sort avec un chevestre.

Obs. CXLII. — *Sarcome à petites cellules de l'omoplate. Ablation. Guérison.* — Florentin (Victor), dix-neuf ans, entre le 6 août 1877, salle Saint-Augustin, 5.

Rien à noter du côté des antécédents. Il y a cinq mois, douleur en arrière dans l'épaule gauche s'irradiant vers le bras. Il y a un mois, s'aperçoit qu'il existe une tumeur à ce niveau.

2 *août*. — Fosse sous-épineuse remplie par la tumeur. Celle-ci est arrondie, lisse à la surface; elle paraît sous-musculaire. Dilatation des veines cutanées. Consistance fibroïde. Pas d'adhérences à la peau. Rien dans les ganglions.

7. — Chloroforme. Incision des parties molles jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate que l'on soulève avec de fortes pinces. Dissection de la tumeur que l'on suit jusqu'à ses limites extrêmes. Résection avec la pince de Liston et la scie à chaîne de toute la portion du scapulum sur laquelle elle s'implante. Bords du lambeau réunis par neuf points de suture. Mèche alcoolisée dans la partie déclive.

Examen histologique de la tumeur. — Sarcome à petites cellules (tumeur à médullocèles).

8. — Enlèvement de quatre pinces laissées à demeure.

12. — Enlèvement des épingles.

Réunion sans accidents. La température ne dépasse pas 38°. Le malade sort guéri le 13 mai.

Obs. CXLIII. — *Exostose ostéo-cartilagineuse de l'extrémité supé-*

rieure de l'humérus gauche. — Mauduit (Louis), dix-neuf ans, épicier, entre le 9 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 25. Il y a dix mois, en portant un seau d'eau et en rapprochant le bras du tronc, il sentit une douleur dans l'aisselle gauche.

Au voisinage de la tête, tumeur solide, indolente. Cette production, d'abord stationnaire, a augmenté de volume depuis deux mois.

9 *décembre.* — Deltoïde soulevé au niveau de son faisceau postérieur. Dans l'abduction du bras, sur la face externe de l'aisselle, tuméfaction circonscrite, autour de laquelle la région n'est pas déformée. Au toucher, rien au niveau du faisceau antérieur et du faisceau externe du deltoïde ; au-dessous de son faisceau posté-

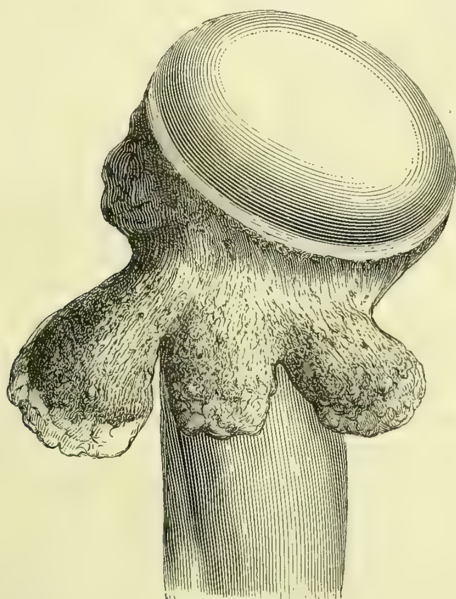


Fig. 52. — Exostose ostéo-cartilagineuse de la tête de l'humérus. (De notre collection.)

rieur, à sa partie moyenne, tumeur osseuse, du volume d'une noix, bosselée, adhérente à l'humérus, qui s'engage au-dessous du muscle en se recourbant en crochet. A la pression, sensation qui rappelle l'écrasement de l'amidon. Le deltoïde se meut librement à la surface de la tumeur. Sa base s'engage au-dessous du grand dorsal en contournant l'humérus ; de ce côté, existe une autre tumeur située au-dessous du col chirurgical. Son implantation paraît large et sessile ; son extrémité libre semble composée de deux lobes ; l'un engagé au-dessous du muscle vaste externe, a le volume d'une châtaigne ; l'autre du volume d'une noix à son extrémité libre est placé, au-dessous du biceps, des gros vaisseaux et des nerfs de la

région. L'humérus semble donc entouré par une tumeur qui soulève tous les muscles de la région, sauf le vaste externe et la moitié antérieure du deltoïde. L'artère axillaire bat entre les deux tumeurs. Perte des forces du bras; impossibilité de porter un fardeau sur l'épaule et fourmillements dans tous les doigts. Au cœur, souffle systolique de la pointe.

7 *décembre*. — Ablation de la tumeur. Incision verticale, parallèle à l'artère axillaire et correspondant à son trajet, dans le but de l'éviter pendant le cours de la dissection et d'aborder la tumeur vers le milieu de son implantation; une fois la peau et l'aponévrose coupées, nous reconnaissons que le vaste externe est largement étalé, qu'il recouvre en partie les deux tumeurs antérieures, et qu'il semble passer au-dessous du biceps. Les insertions des muscles grand rond et grand dorsal, sont elles-mêmes étalées à la surface de la tumeur; aussi avons-nous soin, pour mettre celle-ci à découvert, non seulement d'éviter l'artère, mais encore d'aller à la recherche du bord antérieur du triceps, en ménageant la longue portion du biceps enfermée dans sa coulisse et les insertions tendineuses des autres muscles. Pour y parvenir plus sûrement, une fois le bord antérieur mis à nu, nous décollons la moitié antérieure de ce muscle par dissection. Cela fait, nous l'attirons en arrière à l'aide de rétracteurs, et nous faisons une incision cruciale à la surface de la tumeur, sur le périoste qui la recouvre. Avec une rugine, nous détachons ce périoste, de façon à dénuder complètement la surface. Nous fracturons ensuite la tumeur avec la gouge et le maillet et nous la luxons en la détachant et en conservant le périoste de la face opposée. Cette première tumeur — la plus petite, — une fois enlevée, nous attirons le périoste avec des rétracteurs de façon à pratiquer l'évidement du tissu spongieux qui, de l'intérieur de la tumeur, communiquait avec celui de l'épiphyse humérale. Cet évidement pratiqué, nous faisons sauter le bord irrégulier de la lame compacte, sur le point où celle-ci se confond avec la base de la tumeur. Pendant tout ce temps, nous n'avons pas de sang, grâce aux pinces hémostatiques appliquées sur quelques veinules et artérioles. Mais nous avons été très gêné par l'artère circonflexe, qui contournait le bord inférieur de la tumeur et qu'il importait d'éviter à cause de son volume anormal et surtout à cause de son embouchure dans l'artère axillaire. Nous procédons ensuite à l'ablation de la tumeur postérieure. Pour y réussir, nous nous servons du chemin déjà suivi ; nous faisons attirer fortement en arrière le tendon du vaste externe étalé jusqu'en ce point, le tendon du grand rond et les lambeaux du périoste. Nous prolongeons l'incision de ce dernier en arrière, de façon à bien dénuder la portion la plus rapprochée de l'exostose postérieure que

nous énucléons ensuite. Cette dénudation terminée, nous appliquons à la base une large gouge et, à l'aide du maillet, nous faisons éclater l'implantation. Avec un fort davier, nous faisons ensuite basculer la tumeur en la dénudant à mesure de son périoste sur toutes ses faces; ce qui nous permet de l'extraire assez facilement. Reste à enlever la tumeur antérieure. Une manœuvre semblable réussit, pendant que nous avons soin d'attirer en avant le périoste, la longue portion du biceps et sa coulisse. L'évidement de la portion diploïque et la résection du bord du tissu compact sont faits comme précédemment, de manière à ne laisser aucune partie rugueuse et aucune chance de récidive sur toute l'étendue de l'implantation. La plaie est d'ailleurs directe, bien située, favorable pour l'écoulement des liquides. Nous plaçons un tube à drainage à la partie qui reste ouverte ; la partie supérieure étant fermée par six points de suture. Le bras et l'épaule sont immobilisés dans une gouttière. (Pour la situation de la tumeur, voy. fig. 52).

10 *décembre*. — T M = 38°2. T S = 38°8. P = 120. On enlève quatre pinces hémostatiques laissées sur les vaisseaux pendant vingt-quatre heures. Pas d'hémorrhagie. Malade affaissé, céphalalgie, anorexie. Lavages et pansement avec l'eau alcoolisée phéniquée.

11. — T M = 38°. T S = 38°8. P. = 120. Nuit agitée. Inappétence : bouillon et vin de quinquina. Même pansement.

12. — T M = 37°. T S = 38°6. P = 96. Sommeil troublé. Sueurs profuses. Céphalalgie intense. Sensation de brûlure à la paume des mains. Suppuration peu abondante.

13. — La fièvre est moins intense que les premiers jours, mais le malaise général, l'anorexie et les sueurs persistent. Suppuration modérée. Lavages et pansement alcoolisés et phéniqués.

16. — T M = 37°8. T S = 38°4. P = 92. Les sueurs ont continué. Ce matin, éruption confluente de sudamina sur la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen. Les deux tiers supérieurs de la plaie sont réunis par première intention; on enlève les fils.

25. — L'éruption sudorale dure encore ; pendant les derniers jours la température n'a pas dépassé 38°4. Le malade ne va à la selle que par des lavements. Ce matin il a eu par la plaie une légère hémorrhagie que l'on a arrêtée par la compression. La suppuration est abondante; injections par le tube à drainage.

27 *décembre et jours suivants*. — L'éruption miliaire diminue de jour en jour et finit par disparaître. L'état général est plus satisfaisant, la température est normale. Appétit.

4 *janvier* 1878. — T M = 38°. P = 120. Léger accès fébrile. Céphalalgie, inappétence. Une fusée purulente s'est faite à la face postérieure du bras et de l'épaule. Contre-ouverture afin de passer un drain dans le foyer purulent.

5 *janvier*. — Bonne nuit. Le malade se trouve mieux, température et pouls normaux. A partir de ce moment la cicatrisation marche rapidement, l'état général s'améliore. A la fin de janvier, nous pouvions espérer une prompte guérison, la suppuration étant presque tarie. Nous apprîmes en effet quelque temps après son départ que tout allait bien du côté de la plaie. Mais le malade avait été atteint d'une pleurésie sèche dont il guérit d'ailleurs.

Obs. CXLIV. — *Exostose ostéo-cartilagineuse de l'extrémité inférieure du fémur.* — Gardin (Eugène), seize ans, menuisier, entre le 7 mai 1877, salle Saint-Augustin, 74. Il a eu dans l'enfance un peu de rachitisme qui aurait principalement porté sur les membres inférieurs; on lui a toujours dit, qu'à cet âge, ses jambes étaient arquées en demi-cercle.

Actuellement il ne reste aucune trace de ces désordres, excepté du côté de la tête qui rappelle la conformation des anciens rachitiques. L'intelligence est intacte ; aucun trouble du côté des organes respiratoires. Le système musculaire est bien développé.

Il y a six mois, il remarqua à l'extrémité inférieure de la cuisse droite, au-dessus du condyle interne, une petite tumeur profondément située, très dure, un peu douloureuse à la pression ; à la fin de la journée, élancements. Cette tumeur s'est développée progressivement, sans déterminer d'accidents.

7 *mai*. — Immédiatement au-dessus du condyle interne, au niveau de la ligne qui prolonge de ce côté la ligne âpre, on remarque une légère saillie qui semble indiquer que les téguments et les couches sous-jacentes sont soulevés par un corps mousse, arrondi, peu volumineux. La peau a conservé ses caractères. Au toucher on sent, au niveau des fibres les plus internes et les plus inférieures du vaste interne, immédiatement en avant du bord antérieur du couturier, une tumeur du volume d'une grosse noix, de consistance osseuse, complètement immobile, qui s'implante sur le fémur dans une direction perpendiculaire à cet os. Par son extrémité libre, qui est arrondie, elle soulève les fibres musculaires sans leur adhérer ; il est en effet facile de les faire contracter à sa surface. Celle-ci est irrégulière et parsemée de bosselures séparées par des sillons superficiels.

12. — Chloroforme. Nous commençons par tracer avec l'encre des lignes qui marquent la direction et les limites des organes que nous venons d'énumérer. Puis au moyen du bistouri nous faisons une incision verticale, parallèle à la cloison intermusculaire interne en prenant soin d'éviter les fibres du couturier. Nous traversons le tissu cellulo-adipeux sous-cutané qui est assez abondant et nous tombons sur la tumeur ; il nous est assez facile de l'examiner directement avec l'index, de reconnaître que son pédicule est dédoublé, et que le prolongement supérieur se dirige en haut vers la ligne âpre,

tandis que l'inférieur, qui réuni au précédent donne une grande largeur, est plus épais et dirigé vers le condyle interne.

Nous détachons le périoste au pourtour de la tumeur afin de le conserver, puis au moyen de la gouge et du maillet nous enlevons d'abord la partie libre et renflée, en même temps que le pédicule supérieur et nous extrayons le tout avec un davier. Nous passons ensuite au pédicule inférieur en redoublant de précautions pour ne pas ouvrir l'articulation au-dessous de laquelle il paraît s'engager. La conservation du périoste rend cette tâche plus facile. Nous faisons ensuite l'évidement de la lame compacte et de la couche spongieuse superficielle du fémur, au niveau de l'implantation de la tumeur, avec une gouge concave appropriée. L'opération terminée, les bords de la plaie sont réunis par cinq points de suture et, pour faciliter l'écoulement des liquides, nous faisons un débridement transversal, qui permettra l'introduction d'une mèche et d'un tube élastique fenêtré.

Quelques vaisseaux superficiels ont seuls été divisés. Il a suffi de faire l'hémostasie préventive au moyen de trois pinces hémostatiques qui sont ensuite enlevées. Pansement alcoolisé et compression ouatée méthodique.

Pas d'accidents pendant la semaine qui suit l'opération. Le huitième jour, on enlève les points de suture, le tiers inférieur de la plaie étant réuni par première intention. Application de bandelettes de tarlatane collodionnées.

Par suite de la pusillanimité du malade, qui, au moment des pansements, avait de véritables crises nerveuses, le traitement de la plaie devient très difficile. Plusieurs fois il enleva son appareil, les bords s'enflammèrent, devinrent le siège de suppuration et se désunirent. On fut alors obligé d'attendre que la perte de substance fût comblée par du tissu de cicatrice. Néanmoins, à part quelques douleurs dans l'articulation du genou qui disparurent rapidement, il n'y eut pas d'accidents graves.

19 *juin.* — Il peut se lever et marcher avec des béquilles.

22. — Cicatrisation complète. Il sort guéri, marche facilement et sans claudication.

Obs. CXLV. — *Exostose ostéo-cartilagineuse volumineuse de l'extrémité inférieure du fémur. Ablation. Guérison.* — Letoffé (Léon), âgé de onze ans, entre le 23 juin 1877, salle Saint-Augustin, 3.

Sujet débile, petit, anémié. Pas d'hérédité. Maux d'yeux dans l'enfance. Bronchite il y a quatre ans. Il y a huit mois, sa mère a remarqué qu'il portait au niveau de la face interne du genou gauche une tumeur, dure, indolente, du volume d'une noix. Depuis cette époque elle a fait des progrès rapides, tout en restant indolente.

23 *juin.* — A la partie inférieure de la cuisse gauche, au niveau du condyle interne, tumeur arrondie, convexe, du volume d'une orange.

Elle répond inférieurement à l'interligne articulaire; supérieurement elle remonte jusqu'au voisinage de l'anneau du grand adducteur. En avant, elle s'avance du côté du bord interne de la rotule. Son bord postérieur est longé par le trajet de la saphène interne. La peau a conservé ses caractères normaux. Au toucher, consistance osseuse, la surface de la tumeur est recouverte de bosselures petites, irrégulières, arrondies; la face profonde s'implante sur le fémur, mais la largeur de la base ne permet pas de reconnaître s'il existe un ou plusieurs pédicules ni en quels points exacts se fait l'implantation. La peau et le tissu cellulaire sont indépendants, les fibres les plus inférieures du vaste interne s'étalent à sa surface et ne contractent pas d'adhérence avec elle, ainsi qu'on peut s'en convaincre en provoquant des mouvements.

23 *juin.* — Chloroforme. Compression préventive à l'aide de la bande d'Esmarch. Incision longitudinale d'environ 12 centimètres un peu plus étendue pour les couches superficielles que pour les couches profondes, afin que la cicatrisation des téguments s'effectue la dernière. Rétraction des parties molles au moyen de pinces hémostatiques.

Le pédicule siège à la partie inférieure, très près de l'articulation, et se dirige de bas en haut.

Décollement du périoste. Nous détachons la tumeur avec la gouge et le maillet, puis nous l'enlevons à l'aide d'un fort davier. Évidement du pédicule à l'aide d'une gouge concave appropriée, dirigée par la main sans recourir à l'emploi du maillet. L'opération terminée, nous exerçons pendant quelques minutes une compression à l'aide d'éponges sur la surface osseuse réséquée, puis nous rapprochons les lèvres de la plaie à l'aide de 5 points de suture métallique en prenant soin de laisser à la partie déclive une ouverture suffisante pour l'écoulement des liquides et l'introduction des mèches de pansement. Il n'a pas été nécessaire de laisser des pinces hémostatiques sur la plaie.

24. — Pansement avec l'eau alcoolisée. La nuit a été bonne. T M = 37°,8. P = 80. Bouillon et potage.

25. — T M = 38°. Même pansement.

27. — T = 37°. On enlève les sutures et on les remplace par des bandelettes collodionnées. Réunion par première intention du tiers inférieur de la plaie. Appétit et sommeil normaux.

29. — Réunion de toute la plaie; il ne reste plus que l'orifice dans lequel on a introduit un tube en caoutchouc.

2 *juillet.* — On enlève le tube. Suppuration tarie.

6. — Le malade se lève et marche avec des béquilles.

18. — Il sort guéri.

Obs. CXLVI. — *Ostéosarcome de la partie interne, antérieure et externe*

de la cuisse. Désarticulation de la cuisse. Mort. — M[me] X., trente-huit ans, concierge, lymphatique, entre le 25 novembre 1877, salle sainte-Marthe. Ses parents sont vivants et bien portants. A l'âge de onze ans, elle a eu un gros abcès, probablement ostéopathique, de la partie inférieure et interne de la cuisse, vers le condyle interne : elle porte encore les marques de l'ouverture par le bistouri ; cet abcès a duré quatre ou cinq mois. Réglée à seize ans, toujours régulièrement, mariée à trente-deux ; trois enfants vivants et bien portants ; couches très faciles. Elle n'a jamais eu de chagrins.

25 *novembre.* — Tumeur de la partie interne, antérieure, postérieure et externe de la cuisse, descendant à deux travers de doigt plus bas que l'arcade fémorale, de la partie supérieure du fémur à la tubérosité antérieure du tibia gauche. Elle n'a pas reçu de coups. Elle attribue cette tumeur à sa deuxième couche qui a eu lieu il y a deux ans et demi. Elle l'a reconnue durant la troisième couche : l'enfant est bien portant et a cinq semaines. Il y a dix-huit mois, elle a éprouvé les premières douleurs. Avant cette époque elle avait eu des varices qui ont disparu.

Cette tumeur a commencé au milieu de la cuisse, au côté interne ; de là elle s'est étendue sur toute la face interne. C'est surtout depuis trois mois qu'elle a pris un grand développement. Rien dans la jambe droite. La malade a beaucoup maigri, surtout depuis huit mois, le facies est jaune paille ; l'état général est mauvais, la marche n'est plus possible depuis huit mois. Pas de palpitations. Appétit persistant, bonnes digestions, pas de constipation ; urine souvent. Sclérotique très blanche ; pupilles dilatées.

La tumeur s'étend de l'aine à la rotule qu'elle englobe, ainsi que les faces interne, antérieure, externe et postérieure de la cuisse ; elle est surtout énorme à la partie inférieure. En ce point, elle a une teinte brunâtre, de grosses veines sillonnent sa surface ; par le toucher on découvre une fluctuation kystique. Le reste de la tumeur est plus dur et offre la sensation d'un muscle en contraction. La peau lui adhère au niveau des grosses bosselures ; elle est prurigineuse, ce qui est dû sans doute aux vésicatoires, à la teinture d'iode et aux pommades qu'on lui faisait mettre au début.

On ne sent ni battements ni chaleur : pas de ganglions malades. La jambe gauche est atrophiée par rapport à la jambe droite.

26 *novembre.* — Désarticulation de la cuisse. Chloroforme. Application de la bande d'Esmarch. Nous taillons ensuite deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, en commençant par disséquer la peau et en ayant soin de placer des pinces hémostatiques partout où le sang donne : dès que l'artère et la veine fémorales sont mises à découvert, elles sont saisies avec une pince : les muscles compris dans les lambeaux sont coupés en dehors du tissu morbide ; enfin le col du fémur

est scié avec la scie à chaîne, et la tête de cet os est ensuite extraite de la cavité cotyloïde.

Toutes les pinces furent laissées en place pendant deux heures, excepté celles qui comprimaient la veine et l'artère fémorales; sur ces vaisseaux nous appliquâmes une ligature métallique. Les lambeaux furent ensuite suturés et le pansement fut fait avec des compresses et de la charpie imbibées d'alcool, maintenues par une bande roulée fortement serrée. Après l'enlèvement de la bande d'Esmarch, hémorrhagie en nappe difficile à arrêter.

L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé développé aux dépens du périoste du tiers inférieur du fémur.

A la partie supérieure il y avait un énorme kyste qui se vida pendant l'opération. Avant l'opération, on ne sentait pas la rotule tant elle était englobée dans la tumeur; après l'opération on reconnut qu'elle avait été détruite presque entièrement par le tissu fibro-plastique et qu'elle était réduite à une coque : des deux condyles du fémur il ne restait plus que la coque; tout le tissu spongieux était dégénéré. Toute la partie inférieure du fémur était envahie par le sarcome qui pénétrait dans le canal médullaire; les deux tiers supérieurs avaient résisté, tandis que le reste était seulement reconnaissable parce que la masse néoplasique en avait pris la forme arrondie. La peau n'était pas adhérente à la tumeur; ce qui produisait cette sensation d'adhérence c'était la compression exercée sur elle de dedans en dehors par la masse néoplasique. Les muscles étaient repoussés vers la superficie, comme si la tumeur avait débuté dans le canal médullaire de la partie inférieure du fémur.

La malade mourut du choc le lendemain de l'opération.

Obs. CXLVII. — *Ostéosarcome du genou gauche chez une phthisique.* — Garnaud (Élise), seize ans, repasseuse, entre le 14 février 1877, salle Sainte-Marthe, 42. Malade chétive, maigre, teint pâle. Réglée une seule fois à quinze ans. Pas d'antécédents héréditaires.

Il y a sept mois, apparition à l'extrémité supérieure et interne du tibia gauche d'une tumeur du volume d'une noisette qui grossit rapidement. Au bout de trois mois elle avait atteint le volume d'un gros œuf de poule. A cette époque douleurs lancinantes, sensation de chaleur dans toute l'articulation du genou, faiblesse de la jambe. Ouverture d'un abcès qui donne du pus et de la sérosité sanguinolente. Quinze jours après, sur le lieu d'ouverture de l'abcès, développement rapide d'une tumeur bourgeonnante. Depuis deux mois la malade ne marche plus.

14 *février*. — Genou gauche très tuméfié. La tumeur semble avoir envahi plutôt le tibia que le fémur. A la partie antéro-interne de l'extrémité supérieure du tibia, champignon du volume d'un œuf de dinde, pédiculé, creusé en cupule, garni de bourgeons charnus dont

quelques-uns sont couverts de croûtes verdâtres et laissent suinter un ichor fétide. Au pourtour, la peau est tendue luisante, sillonnée de veines dilatées. Le toucher démontre que la tumeur s'est développée aux dépens du tibia; les condyles du fémur paraissent normaux. Le tibia est considérablement augmenté de volume dans tout son tiers supérieur; il en est de même de la tête du péroné qui fait une masse commune avec lui. On sent à la palpation des bosselures sarcomateuses; quelques-unes sont ramollies. Ni battements, ni bruits de souffle. La jambe est à demi fléchie sur la cuisse, les mouvements provoqués sont douloureux et font entendre des craquements. Les mouvements spontanés sont à peu près abolis. Douleurs lancinantes s'exagérant à la pression. Ganglions inguinaux peu développés. État général très mauvais, émaciation et anémie extrêmes. Respiration soufflante au sommet des deux poumons. Cataplasmes laudanisés sur le genou. Traitement général reconstituant. La malade quitte le service le 23 février dans le même état.

Obs. CXLVIII. — *Exostose ostéo-cartilagineuse de l'extrémité supérieure du tibia droit. Ablation.* — Laurent (Émile), seize ans, entre le 23 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 8. Pas d'hérédité. Lymphatisme. Dans l'enfance, ophthalmies et adénites. Jamais de maladies graves.

Il y a trois ans, il remarqua à la partie supérieure du mollet droit, au voisinage du bord interne, une tumeur du volume d'une châtaigne, dure, immobile, indolente, qui se développa rapidement, sans douleurs véritables, mais en provoquant de la gêne dans les mouvements de flexion et dans la marche.

23 *novembre.* — Le quart supérieur du mollet est déformé par une tumeur irrégulière, de la forme et du volume d'un œuf de poule, dont le grand axe est oblique de haut en bas et de dehors en dedans. L'extrémité supérieure correspond au milieu de la face postérieure de la jambe, tandis que l'extrémité inférieure vient faire saillie près du bord interne. La peau légèrement tendue, laisse voir par transparence un grand nombre de veines dilatées et superficielles; elle est le siège d'une éruption prurigineuse que l'on retrouve plus marquée sur les autres régions, la face interne des cuisses en particulier. Pas d'œdème inflammatoire. Au toucher, la tumeur est irréductible, de consistance osseuse, homogène, sans points ramollis ou fluctuants. Elle a la forme d'une massue dont le pédicule s'implante sur le cartilage juxta-épyphisaire par une surface de deux centimètres, d'abord perpendiculairement, puis horizontalement suivant le grand axe de l'os. Après ce trajet horizontal de un centimètre, le pédicule se recourbe brusquement vers l'extrémité libre. Celle-ci est beaucoup plus large que le pédicule; elle est recouverte de saillies mamelonnées comparables à celles du chou-fleur. Cette tumeur soulève les muscles poplité, soléaire et jumeau interne qui se con-

tractent à sa surface, et rejette en avant la veine saphène interne. Elle est complètement indolente à la pression. Elle présente, en un mot, tous les caractères des exostoses ostéo-cartilagineuses.

1er *décembre*. — Chloroforme. A la surface, incision cruciale dont la branche verticale a 12 centimètres d'étendue et la branche horizontale 6 centimètres. Nous écartons ensuite les muscles à l'aide de rétracteurs et nous reconnaissons que la surface de la tumeur est recouverte par une sorte de bourse séreuse dont l'incision donne issue à un liquide épais, filant, incolore. Pour arriver au niveau de la base d'implantation, nous sommes obligés de couper quelques fibres musculaires et un grand nombre de vaisseaux, tant artériels que veineux, provenant des branches collatérales du tronc tibio-péronier et des veines qui l'accompagnent. Onze pinces hémostatiques placées sur ces vaisseaux nous permettent néanmoins d'opérer sans hémorrhagie. La tumeur étant complètement mise à nu, nous ruginons le périoste qui la recouvre jusqu'au voisinage de son implantation. Nous sectionnons ensuite à ce niveau la lame de tissu compact à l'aide de la gouge et du maillet, puis nous détachons la tumeur avec un fort davier. Avant de rapprocher les lèvres de la plaie, nous comprimons temporairement la surface osseuse saignante à l'aide d'une éponge, afin de prévenir toute hémorrhagie osseuse; nous la retirons ensuite et nous plaçons à la partie déclive de la plaie un tube à drainage destiné à faciliter les lavages et l'écoulement des liquides. Enfin nous réunissons les bords de la plaie dans leurs deux tiers supérieurs à l'aide de sept fils métalliques. Nous faisons un pansement alcoolisé, ouaté, compressif.

L'examen de la tumeur montre qu'elle mesure 10 centimètres de longueur, tandis que sa largeur n'est que de 1 centimètre au niveau du pédicule. A la coupe, on voit qu'elle est est composée à la périphérie d'une couche de tissu compact, de $1^{mm},50$ d'épaisseur, et au centre d'un tissu spongieux dont les aréoles sont larges et irrégulières.

Au centre de la portion renflée existe une cavité de 5 centimètres remplie d'une graisse demi-fluide, de coloration grisâtre. L''extrémité libre est recouverte d'une couche cartilagineuse, mince, d'un blanc bleuâtre, dense et résistante.

2. — T M = 38°. T S = 38°,4. P = 120. La malade a eu dans la journée des nausées et des vomituritions. Bouillon. Vin de quinquina. Lavages avec l'eau alcoolisée et phéniquée.

3. — T M = 37°,6. T S = 38°. P = 100. La nuit a été bonne, le malade se trouve mieux. Bouillon, potages. Vin de quinquina. Douleurs légères au niveau de la plaie. L'articulation du genou est saine. Même pansement.

4. — T M = 37°. T S = 37°4. P = 98. Le malade mange avec

appétit. Bouillon, rôti. Vin de quinquina. La plaie a toujours bel aspect. Suppuration peu abondante.

A partir du 5 décembre, la température reste normale, des bourgeons charnus se montrent sur le fond de la plaie et la suppuration est modérée. Aucune complication ne survient dans l'articulation du genou.

16. — Cicatrisation très avancée : le malade se lève dans un fauteuil. Les jours suivants il marche dans la salle.

29. — Cicatrisation complète. Marche normale. Il sort complètement guéri.

Obs. CXLIX. — *Exostose ostéo-cartilagineuse du tibia gauche. Ablation. Guérison.* — Leprince (George), dix ans et demi, entre le 24 août 1878, salle Sainte-Marthe, 26. Le père est syphilitique, il a



Fig. 53. — Exostose ostéo-cartilagineuse du tibia gauche. (De notre collection.)

eu deux autres enfants mort-nés. Celui-ci est chétif, légèrement lymphatique, mais n'a jamais fait de maladies graves.

Il y a dix-huit mois, il remarqua par hasard à la face interne du genou gauche une tumeur du volume d'une aveline ne déterminant ni gêne, ni douleur.

24 *août.* — La tumeur siège au niveau de la tubérosité interne du tibia; elle forme une saillie arrondie, bien circonscrite, du volume d'un œuf de pigeon. La peau a conservé ses caractères; au toucher la tumeur est de consistance osseuse homogène. Sa surface présente des saillies granuleuses, du volume d'un grain de chènevis, très rapprochées les unes des autres; par sa face profonde elle adhère à l'os. Pas de douleurs, soit spontanées, soit à la pression. Aucun trouble fonctionnel du côté du genou.

Chloroforme. Incision longitudinale, longue de 6 centimètres, qui intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Nous évitons de blesser la veine saphène interne qui passe en arrière de cette incision. Des pinces hémostatiques placées sur les lèvres de la plaie préviennent tout écoulement sanguin et servent en même temps de rétracteurs. La tumeur s'implante sur l'os par un pédicule assez large (Voy. fig. 48). Nous décollons le périoste qui recouvre ce pédicule à l'aide de la rugine, puis nous pratiquons la résection à l'aide d'une gouge courbe et du maillet. Nous évidons ensuite la surface d'implantation. L'opération terminée, nous exerçons pendant quelque temps sur les surfaces osseuses réséquées la compression avec une éponge, afin de prévenir toute hémorrhagie osseuse; puis nous réunissons les deux tiers supérieurs de l'incision à l'aide de quatre points de suture métallique. Un tube à drainage placé au fond de la plaie sort à l'angle inférieur de celle-ci. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif.

Examen de la tumeur : A son extrémité libre une couche cartilagineuse, disposée en cupule dont le pourtour est recouvert des mamelons cartilagineux bleuâtres par place, jaunâtres en d'autres points. Le pédicule est formé d'une couche de tissu compacte enveloppant un tissu spongieux dont les aréoles sont remplies d'une moelle rouge, très vasculaire. — 25. — Gouttière plâtrée munie d'une fenêtre au niveau de la plaie. Lavage et pansement alcoolisé phéniqué. T M = 37°,6. T S = 38°,2. P = 98. — 26. — Même pansement. Le petit malade se trouve bien, mais souffre au moment des pansements. T M = 37°,2. T S = 37°,8. P = 96. — 27. — T M = 37°. T S = 37°,4. P = 92. — Suppuration modérée par la partie inférieure de la plaie. — 28. — T M = 37°,4. T S = 38°. P = 98. — On enlève les fils que l'on remplace par des bandelettes collodionnées. Les lèvres de la plaie sont réunies dans leur tiers supérieur. — 29. — T M = 37°,2. T S = 37°,6. P = 95. — 30. — T M = 37°. T S = 37°,2. P = 90. A partir de ce moment, température et pouls normaux. Aucune complication ne survient du côté du genou, mais la cicatrisation, bien que régulière, est lente. Le malade est indocile et enlève plusieurs fois son appareil. — 10 *septembre*. — Le fond de la plaie est comblé par des bourgeons charnus. On enlève le tube à drainage. — 15. — On cautérise la surface bourgeonnante avec le nitrate d'argent. — 22. — Le malade se lève. — 2 *octobre*. — Il descend au jardin. — 11. — Il sort guéri. Cicatrisation complète. Marche normale.

Obs. CL. — *Exostose ostéo-cartilagineuse du tibia droit. Ablation. Guérison.* — Colas (Eugénie), huit ans, entre le 7 décembre 1878, salle Sainte-Marthe, 43. — Pas d'hérédité. Lymphatisme. Ophthalmie dans l'extrême enfance. Il y a cinq ans, ses parents ont remarqué accidentellement qu'elle portait à l'extrémité supérieure et interne de la

jambe une tumeur sous-cutanée, du volume d'une noisette, arrondie, très dure, complètement indolente, qui se développa lentement sans déterminer aucune espèce de gêne.

7 *décembre*. — Elle porte dans le ganglion sus-hyoïdien médian une tumeur dont le début est passé inaperçu, qui a le volume et la forme d'un œuf de pigeon, et dont la consistance solide rappelle celle de l'hypertrophie ganglionnaire. Cette tumeur est mobile sous la peau et sur les couches profondes auxquelles elle ne paraît adhérer que par des tractus celluleux, lâches. Indolence complète, même à la pression. On ne trouve du côté des dents, du maxillaire inférieur, de la muqueuse buccale ou des téguments, rien qui explique cet engorgement ganglionnaire.

Mais la tumeur pour laquelle nous sommes consulté siège au niveau du cartilage épiphysaire de l'extrémité supérieure du tibia et occupe l'intervalle qui sépare les tubérosités antérieure et interne de cet os. Son volume est celui d'un petit œuf de poule. Sa surface arrondie, convexe, sans bosselure apparente, soulève la peau qui a conservé ses caractères normaux. Au toucher elle est solide, de consistance osseuse, mobile sur la peau : elle s'implante manifestement sur l'os par une base large d'environ 3 centimètres. Indolence complète. Pas de phénomènes inflammatoires de voisinage. L'articulation du genou est saine et jouit de tous ses mouvements. Rien dans les ganglions inguinaux. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. L'état général est satisfaisant.

7 *décembre*. — Chloroforme. A la surface de la tumeur, incision parallèle à l'axe de la jambe, longue de 6 centimètres, intéressant du même coup la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Nous tombons alors sur le périoste qui recouvre la tumeur. Des pinces hémostatiques placées sur les lèvres de la plaie préviennent tout écoulement sanguin et servent en même temps de rétracteurs. A l'aide du bistouri et de la rugine nous détachons le périoste qui recouvre le pédicule. Celui-ci étant mis à nu, nous en réséquons à l'aide de la gouge et du maillet toute la portion exubérante et nous en évidons l'implantation à l'aide d'une gouge concave. L'opération terminée, nous exerçons une compression temporaire avec des éponges sur la surface évidée, afin de prévenir l'hémorrhagie osseuse.

L'examen de la tumeur montre qu'elle appartient bien au groupe des exostoses ostéo-cartilagineuses. Le tissu cartilagineux domine et recouvre les 2/3 de la tumeur. Le reste est formé par une lame de tissu compacte qui recouvre un tissu spongieux aréolaire, dont les mailles renferment une moelle rougeâtre.

Aussitôt après l'opération la jambe et la cuisse sont immobilisées dans une gouttière plâtrée, munie d'une fenêtre au niveau de la plaie. T S = 38°. P = 112.

8. — T M = 37°. P = 100. Nuit calme. Pas de réaction générale. La malade mange avec appétit : bouillon, rôti. Vin de quinquina et vin de Bagnols. Lavage de la plaie avec l'eau alcoolisée phéniquée. Pansement compressif ouaté.

9. — Température et pouls normaux. La petite malade ne souffre pas, mange et dort bien. Même pansement. Cicatrisation rapide. Le fond se comble de bourgeons charnus de bonne nature.

23. — Il ne reste plus qu'une plaie superficielle que l'on cautérise au nitrate d'argent tous les deux jours.

2 janvier 1878. — Cicatrisation complète : on enlève l'appareil.

6. — La malade marche facilement, ne souffre plus et sort guérie.

Obs. CLI. — *Sarcome développé au niveau d'un foyer d'ostéite condensante. Allongement du tibia et du péroné. Ankylose osseuse tibio-astragalienne. Amputation. Sphacèle des lambeaux. Septicémie. Mort le sixième jour.* — Palmer (Marie), trente ans, journalière, entre le 2 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 47. Pas d'hérédité. Menstruation régulière depuis l'âge de quinze ans. Nullipare, jamais de maladies graves. Lymphatisme.

Il y a quinze ans, sans cause connue, survint une petite ulcération sur la face interne de la jambe droite à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, probablement de nature scrofuleuse. Aucun traitement, l'ulcération s'étendit sans provoquer de douleur ni de gêne. Depuis deux mois l'évolution a changé de caractère ; de gros bourgeons charnus, rouges, mollasses, se sont développés à la surface de l'ulcération et ont formé par leur agglomération un champignon. Celui-ci est devenu le siège d'hémorrhagies et de douleurs lancinantes. En même temps l'état général s'est altéré ; perte des forces, amaigrissement, anémie.

Les 3/4 inférieurs de la partie antérieure et surtout interne de la jambe, sont le siège d'altérations qui diffèrent d'aspect suivant qu'on les examine à des hauteurs différentes. A la partie inférieure, champignon fongueux, dont le diamètre vertical est de 7 centimètres 1/2 et le transversal de 11 centimètres. Il est convexe, régulièrement arrondi. Ses bords antérieur et postérieur dépassent de 1 centimètre les bords correspondants de la face interne de la jambe ; son bord inférieur est distant de deux travers de doigt de la base de la malléole interne et de l'interligne articulaire ; son bord supérieur se continue avec une large ulcération dont le séparent des anfractuosités de 1 à 1 centimètre et demi de profondeur. Sa surface présente des bosselures larges, aplaties, convexes, séparées par des anfractuosités peu profondes, rappelant par leur aspect la disposition des circonvolutions cérébrales. La coloration

est violacée vers le bord supérieur, jaunâtre vers le bord antérieur, rose pâle dans le reste de l'étendue. Les bords de ce champignon sont régulièrement dentelés et séparés des téguments par un sillon à teinte érythémateuse de 1 millimètre de profondeur. Au toucher, la tumeur a une consistance solide, homogène, fibroïde, et paraît adhérer au périoste de la crête et de la face interne du tibia. Vers le tiers moyen de la face interne de la jambe, au-dessus de cette tumeur et se continuant avec son bord supérieur, s'étale une ulcération irrégulière qui mesure 11 centimètres en hauteur, 10 centimètres dans sa plus grande largeur, et dont la surface, située sur un plan plus profond que celle de la tumeur qui la déborde de 1 centimètre et demi, est hérissée de fongosités papilliformes qui varient du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Ces fongosités sont séparées les unes des autres par de petits sillons de 1/2 millimètre, remplis de détritus purulents et hémorrhagiques par place, d'un liquide jaunâtre, luisant, ichoreux dans d'autres points. Outre ces sillons interpapillaires, existent des anfractuosités larges, profondes, taillées à pic, qui divisent la surface de l'ulcération en plusieurs zones de niveaux différents. Les unes sont saillantes, convexes, les autres déprimées et légèrement concaves. Le fond de cette ulcération est rosé, rouge-brun et même violacé ; ses bords sont irréguliers et entourés par un bourrelet rosé, transparent. Au-dessus d'elle, la jambe est couverte d'un tissu cicatriciel, blanchâtre, peu vasculaire qui laisse voir par place des veines variqueuses et violacées.

Le tibia est hypertrophié en longueur et en largeur. Le péroné participe à cette hypertrophie ; mais elle n'a lieu qu'en longueur. Il en résulte que, par comparaison, la jambe gauche mesurée du condyle interne au sommet de la malléole interne, = 35 centimètres, tandis que la jambe droite entre les mêmes limites = 38 centimètres. La circonférence de la jambe gauche au-dessus des malléoles = 20 centimètres ; celle de la jambe droite au même niveau = 25 centimètres. Les mouvements de l'articulation tibiotarsienne droite sont complètement abolis. L'ankylose est de nature osseuse.

Ganglions inguinaux volumineux des deux côtés. Bien qu'ils soient suspects, nous pouvons supposer que leur augmentation de volume est due à l'inflammation. Rien d'apparent dans les régions éloignées.

La malade, épuisée par l'anémie et par le décubitus dorsal qu'elle garde forcément depuis 2 mois est dyspeptique et ne peut s'alimenter suffisamment. Bien qu'elle soit dans un état cachectique qui laisse peu d'espoir, nous n'osons lui refuser l'amputation de la cuisse, qu'elle réclame.

20. — Chloroforme, compression préventive à l'aide de la bande d'Esmarch. Amputation circulaire à l'union des tiers moyen et inférieur de la cuisse. Treize pinces hémostatiques sont placées sur les vaisseaux pendant l'opération, six seulement sont laissées dans la plaie. Grâce à ces instruments, nous ne faisons pas de ligatures. Les bords du lambeau sont rapprochés et réunis par huit points de suture métallique. Un long tube à drainage est placé verticalement de manière à sortir par les deux extrémités de la plaie. Pansement alcoolisé et ouaté compressif. La malade est ensuite reportée dans son lit et maintenue chaudement, la cuisse élevée par des coussins. T S = 38°, 2. P = 96.

21. — Très fatiguée, mauvaise nuit, langue chargée, pas d'appétit. On la force à prendre du bouillon et du vin de Bagnols. T M = 40°, 2. P = 120. On enlève les pinces hémostatiques.

22. — Nuit calme. La malade refuse toujours les aliments. Quelques nausées. T = 39°. P = 120. Il ne reste que la pince hémostatique placée sur l'artère fémorale.

23. — T = 38°, 6. Le mieux persiste, la malade mange avec appétit. Bouillon, viande rôtie, vins de Bagnols et de quinquina. On enlève trois fils et la dernière pince. Pansement unissant à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnées. Lavages alcoolisés par le tube à drainage. Sur le bord antérieur du lambeau teinte de sphacèle d'une largeur de 4 centimètres.

24. — Amélioration, Langue bonne ; appétit, nuit calme. Quelques élancements au niveau de la plaie. — T = 37°, 5. On enlève deux fils de la suture : on les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées.

25. — Le mieux continue. Le sphacèle se limite. On enlève les derniers fils. T = 37°,6.

26. — Chute d'une escharre de trois centimètres. Application de nouvelles bandelettes de tarlatane collodionnées.

27. — Le fémur fait saillie sous la peau à l'angle externe du moignon : on tente d'attirer les tissus en dehors pour éviter la gangrène de la peau par compression.

28. — Pointe de sphacèle au niveau de la saillie du fémur. Suppuration abondante, état général satisfaisant.

1er *novembre*. — L'escharre se détache sous la pression excentrique du fémur, malgré toutes les précautions prises pour éviter cet accident. Le canal médullaire est rempli de bourgeons charnus qui font hernie au dehors. Le périoste qui recouvre l'extrémité inférieure du fémur est en partie décollé.

4. — Langue sale. Petits frissons intermittents. Sueurs froides, rêvasseries, anxiété. T = 39°. La malade refuse toujours de prendre de la nourriture.

5. — Les frissons se reproduisent; l'anxiété augmente, sueurs froides abondantes. Vomissements alimentaires. Fièvre hectique.

6. — La suppuration s'est arrêtée. Même état. Teinte subictérique des téguments. T = 39°8.

7 et jours suivants. — L'état général s'aggrave. Subdelirium coma. Mort.

Sur une coupe verticale du tibia, à 2 centimètres au-dessous de la tumeur, on constate des traces d'ostéite. Le tissu compacte est blanchâtre, éburné, épais de un demi-centimètre. La crête du tibia fait défaut au niveau du champignon fongueux. En ce point la tumeur envoie des prolongements dans le tissu osseux. Le tissu spongieux est formé de trabécules épaissies, très rapprochées, qui circonscrivent des vacuoles étroites et remplies d'un tissu médullaire rosé ou rougeâtre. La face profonde de la tumeur est intimement unie au périoste avec lequel elle semble se continuer.

En résumé : ostéite hypertrophiante, éburnée, autour d'un sarcome fibro-plastique dont les éléments fusiformes, examinés au microscope, sont disposés de manière à donner dans certaints points, une forme fasciculée. Dans d'autres points, les éléments affectent une forme radiée, sont éloignés les uns des autres et séparés par une matière amorphe abondante. Les vaisseaux ont une paroi embryonnaire et sont d'un volume assez considérable (*Collection particulière*. Pièce n° 366).

L'extrémité inférieure du tibia est confondue par ankylose osseuse avec l'astragale. Le péroné a participé à l'allongement du tibia, mais non à son épaississement.

Obs. CLII. — *Exostose sous-unguéale du gros orteil. Ablation de la tumeur; évidement de la phalangine au point d'implantation.* — Sodoyer (Alice), quatorze ans, fleuriste, entre le 16 octobre 1878, salle Sainte-Marthe, 50. Sa mère est atteinte de bronchite chronique, son père profondément scrofuleux a eu des adénites cervicales multiples suppurées. Elle-même est scrofuleuse et a des chapelets ganglionnaires cervicaux des deux côtés. Elle est maigre, chétive, toujours maladive. Mauvaise hygiène, misère physique ; n'est pas encore réglée. Il y a deux ans, elle a remarqué par hasard que l'ongle du gros orteil gauche était soulevé par une tumeur dure, solide, immobile, du volume d'un haricot, complètement indolente. Cette tumeur s'est développée lentement et progressivement sans déterminer de douleur. Il y a un mois, quelqu'un lui a marché sur le pied; plaie contuse, légère hémorragie, suppuration modérée et cicatrisation rapide, mais la tumeur est restée douloureuse à la pression. La malade ne peut ni mettre de chaussure, ni marcher.

16 *octobre*. — L'ongle du gros orteil gauche est refoulé en haut et en arrière par une tumeur du volume d'une grosse fève, de forme

irrégulièrement conoïde, d'aspect corné. Cette tumeur s'implante à la surface de la matrice unguéale ; son grand axe est oblique de bas en haut et d'arrière en avant. Les faces supérieures et postérieures répondent à la face profonde de l'ongle. Le sommet est libre et recouvert par la peau dont l'épiderme forme une couche épaisse, sèche, grisâtre. La face inférieure paraît implantée sur la phalangette. Au toucher, cette tumeur est dure, solide, de consistance osseuse, manifestement adhérente à l'os. La peau qui la recouvre est amincie et intimement appliquée à sa surface. L'ongle est très développé et normal, ainsi que le pourtour de la matrice.

19. — Chloroforme. Arrachement de l'ongle à l'aide de la spatule et de fortes pinces. La tumeur étant mise à nu, il est facile de reconnaître qu'elle s'implante sur l'os par un pédicule grêle comparable à celui des appendices épiploïques. Résection de ce pédicule et évidement de la phalangine au point d'implantation. Compression momentanée avec une éponge imbibée d'eau alcoolisée pour prévenir l'hémorragie osseuse. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté légèrement compressif. La matrice unguéale n'a pas été intéressée pendant l'opération. Il y a donc tout lieu de penser que l'ongle repoussera.

23. — Le pansement a été maintenu pendant quatre jours. Lorsqu'on l'enlève, la plaie est recouverte de bourgeons charnus de bonne nature.

27. — La malade sort guérie. A la coupe, on voit que la tumeur est coiffée par un cône épidermique composé de couches cornées qui se détachent facilement. Au-dessous, le tissu de la tumeur est blanc bleuâtre, demi-cartilagineux. La couche superficielle qui la recouvre à la manière d'un tissu spongieux, n'est autre que le derme sous-unguéal demi-osseux, recouvert par une mince lame de tissu compacte.

Obs. CLIII. — *Exostose sous-unguéale du gros orteil droit. Ablation.* — Durieux (Victor), dix-huit ans, bijoutier, entre le 3 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 10. Début à dix mois.

Aujourd'hui nous voyons au côté interne et la face supérieure de la phalangette du gros orteil, une tumeur du volume d'une noisette qui soulève l'ongle et le renverse en dehors, surtout au côté interne, près de la matrice. L'ongle est altéré dans sa structure, surtout à la partie antérieure. Au-dessous, l'épiderme qui se dirige vers la face plantaire, est soulevé, aminci, blanchâtre ; le derme paraît également aminci et étalé à la surface de la tumeur.

Au toucher, la surface présente quelques inégalités peu appréciables. Bien que la consistance soit solide, elle n'est pas uniforme. A la périphérie elle est molle, rénitente ; au centre au contraire, la dureté est osseuse. On sent que la tumeur est fixe et que son im-

plantation se dirige au-dessous de l'ongle jusqu'au voisinage de l'articulation de la première phalange avec la seconde. On ne peut dire cependant à quelle profondeur a lieu l'adhérence de l'os. Cette tumeur déborde l'extrémité libre de la phalange et devient douloureuse pendant la marche.

Comme elle est indolente et ne présente aucune trace d'inflammation, le diagnostic est facile. Il n'y a pas lieu de croire à une onyxis ni à une exostose syphilitique. On sait en effet que celles-ci, lors même qu'elles ont une marche lente, sont douloureuses et s'accompagnent d'un certain degré d'inflammation ou même d'ulcération, sans parler des douleurs nocturnes et des accidents de même nature qu'on rencontre dans d'autres régions, souvent même en des points symétriques : d'ailleurs, ce malade n'a pas d'antécédents syphilitiques. L'onyxis simple s'observe ordinairement au côté externe de l'ongle, il s'accompagne d'une inflammation locale et est très douloureux ; il ne soulève pas l'ongle comme dans le cas qui nous occupe.

Il est plus difficile de dire si la tumeur a pris naissance dans le périoste ou dans l'os ; si elle est cartilagineuse, fibreuse, osseuse ou mixte.

8 *janvier.* — Anesthésie locale par l'éther pulvérisé. L'ongle est enlevé d'abord avec une spatule ainsi que l'épiderme qui lui fait suite et recouvre la tumeur. Une fois cette couche enlevée, apparaît la tumeur revêtue de son étui papillaire et dermique. Incision autour de la moitié externe de la matrice unguéale et nous passons le bistouri sous l'exostose pour l'enlever par le procédé Dupuytren comme s'il s'agissait d'un onyxis. Cette ablation nous montre que l'exostose au lieu d'être périostique, a pris naissance dans le diploé de la phalangine. Avec la gouge nous en pratiquons l'évidement Au milieu du tissu spongieux, nous remarquons une cloison dure formée par du tissu osseux condensé ; c'est en ce point que la tumeur a pris naissance ; aussi nous avons soin d'extraire ce prolongement.

Pansement simple avec la charpie alcoolisée et quelques tours de bande compressifs. Pas d'hémorragie. Guérison complète en vingt jours.

CHAPITRE IV

MALADIES DES ARTICULATIONS ET DE LEURS ANNEXES

§ I

ENTORSES.

Six observations toutes relatives à l'articulation tibio-tarsienne. Rien de particulier à noter.

ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE.

Obs. CLIV. — *Articulation tibio-tarsienne.* — Planchat (Louis), vingt-trois ans, maçon, entre le 6 mai 1878, salle Saint-Augustin, 1. Il y a onze jours, tombe de sa hauteur avec un fardeau sur l'épaule. Pied gauche comprimé entre le pavé et la cuisse droite. Fait 3 kilomètres à pied; puis est forcé de garder le repos pendant cinq jours. Reprend son travail et est obligé de le quitter le lendemain. Compresses d'eau blanche, repos. Guérison au bout de trois jours.

Obs. CLV. — Dazin (Joseph), dix-sept ans, mécanicien, entre le 13 mai 1878, salle Saint-Augustin, 75. Chute pendant une lutte. Pied gauche pris sous le siège, repos, compresses d'eau blanche. Sort guéri le 23 mai.

Obs. CLVI. — Arcault (Ernest), dix-neuf ans, charcutier, entre le 30 juin 1878, salle Saint-Augustin, 81. Faux pas, chute. Compresses d'eau blanche, repos. Sort le 12 juillet.

Obs. CLVII. — Tombois (Émile), vingt-quatre ans, fondeur en fer, entre le 14 octobre 1877, salle Saint-Augustin, 12. Chute d'un trottoir. Compresses d'eau blanche, repos, cataplasmes. Sort guéri le 19 septembre.

Obs. CLVIII. — Delmann (Charles), vingt ans, maréchal, entre le 29 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 11. Chute de cheval. Compresses d'eau blanche, immobilité et compression ouatée. Sort guéri le 7 avril.

Obs. CLIX. — Grospère (Victor), vingt-cinq ans, maçon, entre le 12 février 1877, salle Saint-Augustin, 4. Heurté par un omnibus. Douleurs très vives. Compresses d'eau blanche, cataplasmes et compression ouatée.

Obs. CLX. — Rodet (Jean), journalier, entre le 3 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 80. Faux pas, chute d'un trottoir. Repos, compresses d'eau blanche. Sort le 12.

§ II

LUXATIONS.

Neuf observations, dont quatre relatives à des luxations sous-coracoïdiennes de l'humérus. Trois étaient récentes et furent réduites sans chloroforme ni appareil, d'après les préceptes que nous avons donnés dans une des leçons de notre premier volume ; une cinquième nécessita l'emploi de l'appareil de Jarvis et d'une force de 60 kilog. Au lieu d'être sous-coracoïdienne, la luxation de l'obs. CLXVII, p. 377, était sous-glénoïdienne ; le malade était tombé sur le moignon de l'épaule dans un escalier et comme il ne se rappelait pas la situation exacte du bras à ce moment, il nous serait difficile de préciser d'une manière indiscutable le mécanisme de la luxation.

Il est probable que chez les individus des obs. CLXVI, p. 376 et CLXVIII, p. 377, il existait un peu de relâchement ou de flaccidité des ligaments articulaires. Le premier était un homme de soixante-onze ans, qui tomba sur le moignon de l'épaule et se fit une luxation sus-acromiale de la clavicule. La réduction fut facile ; mais bien qu'un appareil inamovible eût été laissé en place pendant dix-huit jours, elle se reproduisit en partie à la suite d'un mouvement léger. Le malade de l'observation CLXVIII était un scrofuleux : il s'était fait une première fois une luxation sous-glénoïdienne de l'humérus ; puis à la suite d'un faux pas, il se fit une entorse tibio-tarsienne ; enfin dans une chute une luxation de la hanche.

Obs. CLXI. — *Luxation sous-coracoïdienne de l'épaule gauche. Réduc-*

tion. Guérison. — Dugué (Jean), soixante-treize ans, cordonnier, entre le 2 juillet 1877, salle Saint-Augustin, 80.

Est tombé, il y a cinq jours, dans un escalier : dans la chute l'épaule gauche a porté sur l'angle d'une marche. A pu se relever, et n'a ressenti aucune douleur Quelques heures après, engourdissement du membre, puis impossibilité de le faire agir. Il y a douze ans, il avait eu la même articulation luxée.

2 *juillet.* — L'épaule gauche est abaissée, le coude est écarté du tronc. Déformation du moignon de l'épaule. Saillie de l'acromion. Dépression au-dessous de cette saillie. Effacement du creux sous-claviculaire. Mouvements d'adduction douloureux. Pas d'ecchymose au niveau de l'épaule et du bras.

Dans le creux de l'aisselle, on sent la tête de l'humérus sous l'apophyse coracoïde, presque sous la paroi thoracique. Le malade accuse de l'engourdissement des doigts et ne peut saisir les objets qu'on lui fait presser entre la main et les doigts.

Réduction sans chloroforme. On maintient, au moyen de bandes, le bras dans la demi-flexion, rapproché du thorax.

8 *juillet.* — Ecchymose au niveau de l'épaule s'étendant aux deux tiers postéro-externes du bras.

2 *août.* — Le malade sort; les mouvements ne sont pas encore rétablis entièrement.

Obs. CLXII. — *Luxation sous-coracoïdienne de l'épaule gauche.* — Lecornet (Louis), vingt-six ans, cordonnier, entre le 4 mai 1877, salle Saint-Augustin, 2. — Sujet très robuste, n'ayant aucun antécédent pathologique. Avant-hier soir, en descendant un escalier, il a glissé et est tombé de la hauteur de quatre marches sur l'épaule gauche.

Déformation très prononcée du moignon de l'épaule. Saillie de l'acromion. Dépression transversale au-dessous. Coude écarté du tronc de 10 à 12 centimètres. Bras dans la rotation en dehors. L'avant-bras est demi-fléchi sur le bras et le malade le soutient avec la main de l'autre côté. Allongement de la paroi antérieure de l'aisselle. Les doigts placés dans le creux axillaire sentent une tumeur volumineuse, arrondie, dure, qui n'est autre que la tête de l'humérus, dont elle suit les mouvements. Ceux-ci sont impossibles et très douloureux quand on les provoque dans le sens de l'adduction ; ceux que l'on produit du côté de l'abduction et d'arrière en avant sont assez faciles.

Pas de douleur spontanée, pas d'ecchymose. Picotements le long de la face antérieure de l'avant-bras s'irradiant jusque dans le bout des doigts. Réduction par le procédé de Lacour.

Le malade sort guéri le 9 juin.

Obs. CLXIII. — *Luxation sous-coracoïdienne. Réduction. Reproduction*

de la luxation au bout de douze jours. Appareil inamovible. Guérison. — Clorant (Arthur), vingt-huit ans, mouleur en cuivre, entre le 20 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 77. Sujet petit, maigre, mais d'une bonne santé. La veille, il est tombé en se garant d'une voiture et l'épaule droite sur l'arête d'un trottoir. Il a ressenti une douleur aiguë et n'a pu exécuter de mouvements.

La région deltoïdienne est aplatie en arrière; dans le creux sous-claviculaire on remarque une saillie anormale. L'avant-bras est fléchi, le coude écarté du tronc et le bras dans une légère rotation en dehors. Le malade soutient le membre avec la main du côté opposé. Mouvements actifs douloureux et impossibles. Les mouvements provoqués exagèrent les souffrances et sont très limités. Pas de crépitation; on sent seulement comme un frottement. Pas de gonflement, pas d'ecchymose. Réduction immédiate de la luxation. Immobilisation du bras rapproché du thorax au moyen d'un bandage.

23 *janvier.* — La peau a pris une teinte jaunâtre à la partie postérieure jusqu'à son tiers inférieur du bras. Appareil inamovible formé de bandes plâtrées.

29. — Le malade sort avec son appareil.

2 *février.* — Il revient; le matin il est tombé de la hauteur de plusieurs marches dans un escalier; la luxation s'est reproduite. Réduction. Nouvel appareil inamovible.

27. — Sortie. La guérison est complète.

Obs. CLXIV. — *Luxation sous-coracoïdienne* (*épaule droite*). — Camu (Léopoldine), quarante-cinq ans, journalière, entre le 11 mai 1877, salle Sainte-Marthe, 42. La veille, elle est tombée de la hauteur d'un étage dans un escalier. En se relevant elle n'a pu se servir du bras droit. Pas d'ecchymose.

Le coude droit est écarté du tronc. Saillie de l'acromion, dépression sous-acromiale. La cavité glénoïde est vide, la paroi antérieure de l'aisselle est soulevée par la tête de l'humérus que l'on sent dans le creux axillaire. Mouvements volontaires impossibles, mouvements provoqués très douloureux se communiquant à la tête de l'humérus. Ni crépitation, ni mobilité anormale. Pas de raccourcissement. Pas de troubles de la sensibilité du membre.

Chloroforme. — Traction de 60 kilogr. avec l'appareil de Jarvis. Réduction. Écharpe de Mayor.

La malade sort le 14 mai. Cette femme avait eu déjà une luxation de l'épaule droite, il y a quinze ans.

Obs. CLXV. — *Luxation sous-coracoïdienne.* — Gouelion (Jean-Pierre), trente-cinq ans, charretier, entre le 25 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 8. Il a glissé, étant chargé d'un sac de farine, et est tombé sur l'épaule gauche. Pendant près d'une demi-heure, il n'a ressenti

qu'un engourdissement de tout le bras du même côté et une impuissance motrice complète.

Déformation considérable du moignon de l'épaule qui est aplati ; la paroi antérieure de l'aisselle est un peu allongée. Le bord interne de l'omoplate est attiré en haut et en dehors. Au toucher, on trouve au-dessous de l'acromion une dépression et en arrière du bord axillaire du grand pectoral, une tumeur dure, ronde, qui n'est autre que la tête de l'humérus et qui participe aux mouvements que l'on imprime au bras. Ces mouvements sont douloureux et le malade ne peut lever son bras plus haut que le menton. Le coude est éloigné du tronc. Pas de gonflement, pas de crépitation. Légère teinte ecchymotique au niveau du deltoïde et au-dessous de l'aisselle.

26 *janvier*. — Réduction. Appareil silicaté.

28. — Le malade sort avec son appareil.

2 *mars*. — Il revient pour qu'on lui enlève l'appareil. La réduction s'est maintenue.

Obs. CLXVI. — *Luxation sus-acromiale de l'extrémité externe de la clavicule droite produite par une chute sur le moignon de l'épaule. Réduction. Luxation incomplète reproduite au bout de dix-neuf jours.* — Ferry (Victor), soixante et onze ans, menuisier, entre le 3 octobre 1877. Il a fait le matin une chute de sa hauteur sur le moignon de l'épaule et depuis il ne peut plus remuer le bras.

L'épaule droite présente une déformation très sensible consistant en une proéminence accentuée au niveau de l'angle interne du creux sus-claviculaire. La tête de l'humérus est à sa place dans la cavité glénoïde. En suivant avec le doigt la clavicule, on arrive à son extrémité externe qui fait saillie en dehors et au-dessus de l'acromion. Douleurs peu vives, pas d'ecchymoses. Les ligaments acromio-claviculaires paraissent en partie conservés. Les mouvements de l'épaule, ceux de flexion et d'extension du bras sont conservés, mais un peu douloureux surtout quand le malade ramène le membre en avant. L'épaule est légèrement écartée du tronc et comme projetée en avant.

Réduction facile maintenue par l'écharpe de Mayor et par quelques tours de bande qui exercent une compression suffisante sur un tampon d'ouate appliqué lui-même sur l'extrémité externe de la clavicule prennent leur autre point d'appui sur le coude et l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras.

L'appareil est maintenu en place pendant dix-neuf jours.

Deux jours après, en portant une cuiller à la bouche, le malade a ressenti tout à coup un trouble dans les mouvements de l'épaule. Le lendemain, nous constatons une reproduction incomplète de la luxation, mais elle est assez peu prononcée pour permettre au malade tous les mouvements du bras et de l'épaule.

Obs. CLXVII. — *Luxation sous-glénoïdienne.* — Ollier (J. Baptiste), cinquante-six ans, passementier, entre le 2 décembre 1877, salle Saint-Augustin, 81. En montant un seau d'eau, il est tombé sur l'épaule droite, dans un escalier de la hauteur de huit ou neuf marches. Au moment de l'accident, il a ressenti une violente douleur, et n'a pu s'aider du bras correspondant pour se relever.

En comparant les deux épaules, on trouve une modification très appréciable. Le moignon de l'épaule blessée présente un aplatissement très prononcé ; l'angle inférieur de l'omoplate semble porté en dedans vers les vertèbres dorsales. Le coude est écarté du tronc, l'avant-bras presque dans la demi-flexion est soutenu par l'autre main. Ecchymoses occupant la partie supérieure et la plus externe de l'épaule ainsi que la région postéro-interne du bras dans une étendue de 8 centimètres. En explorant l'aisselle, on trouve la tête de l'humérus appliquée sur sa paroi postérieure. Les mouvements volontaires sont limités et douloureux ; ceux que l'on provoque sont plus douloureux encore. Pas de gonflement ; aucun signe de fracture.

Réduction par le procédé d'élévation. Appareil plâtré.

29 *décembre.* — On enlève l'appareil. La guérison est complète. Mais on constate un engourdissement, une sorte de paralysie de la main et des doigts, qui cèdent en quelques jours à l'électrisation.

11 *janvier.* — Le malade est envoyé à Vincennes.

Obs. CLXVIII. — *Luxation de la cuisse gauche en arrière.* — Pelletier (Henri), quinze ans, bijoutier, entre le 7 juillet 1878, salle Saint-Augustin, 95. D'après les renseignements fournis par le malade, ses parents seraient atteints de maladies chroniques. Gourme dans les cheveux et tuméfaction légère des ganglions du cou dans l'enfance. A neuf ans, chute sur le côté gauche, luxation de l'épaule du même côté. La réduction fut effectuée presque sur-le-champ, sans chloroforme. Il y a un an, entorse du pied droit à la suite d'un faux pas, gonflement périmalléolaire, ecchymose, douleur extrême dans les mouvements. Impossibilité de la marche ; il garda le lit environ 15 jours. Hier, en descendant d'un trottoir, il est tombé sur le côté gauche, la jambe gauche fléchie sur la cuisse et la cuisse sur le bassin reposant sur le sol par leur face externe. En même temps le tronc subit un mouvement de rotation en dedans et à gauche, pendant lequel la face antérieure du genou droit fut contusionnée. Le malade essaya de se relever, mais retomba aussitôt. On fut obligé de le transporter à l'hôpital.

7 *juillet.* — Le malade est dans le décubitus dorsal, le membre inférieur gauche tenu dans l'adduction forcée avec rotation en dedans ; la jambe légèrement fléchie sur la cuisse. La face antérieure de la rotule gauche repose sur la face interne du genou droit. Le con-

dyle externe du fémur gauche est devenu antérieur, le condyle interne regarde en arrière. Le pli inguinal est profondément déprimé. A la partie la plus élevée de la face interne de la cuisse, tuméfaction formée par le tassement des muscles. Ensellure énorme de la région lombaire, qui permet de glisser la main entre le lit et les lombes. Lorsqu'on tourne le malade sur le côté droit (mouvement qu'il ne peut faire lui-même), on constate une déformation, surtout apparente du côté de la fesse. Celle-ci présente une tuméfaction très prononcée dans le sens vertical, mais surtout accusée au niveau de l'échancrure sciatique. Le pli fessier gauche est élevé. Pas de trace de contusion ou d'ecchymose en ces différents points. Raccourcissement réel de 2 centimètres. Au toucher on sent, au niveau de l'échancrure sciatique, la tête du fémur qui est reliée par le col au grand trochanter. Cette tubérosité siège au-devant de la cavité cotyloïde qu'elle recouvre par son bord antérieur. Toutes ces parties sont facilement reconnaissables au toucher. Si l'on applique la main sur la saillie anormale formée par l'extrémité supérieure du fémur, pendant qu'on cherche à communiquer des mouvements à la cuisse, on voit qu'il y a une fixité complète. Les mouvements communiqués sont très douloureux ; l'impuissance fonctionnelle du membre est absolue. Il s'agit manifestement d'une luxation ilio-ischiatique (luxation en arrière).

Le malade présente en outre des particularités intéressantes du côté d'un certain nombre d'articulations. D'une façon générale, celles des membres supérieurs jouissent de mouvements beaucoup plus étendus qu'à l'état normal, ce qui paraît tenir à une laxité congénitale des ligaments.

L'articulation scapulo-humérale gauche (anciennement luxée) est le siège de craquements perceptibles au toucher et même à l'ouïe, surtout dans les mouvements d'abduction avec rotation en dehors. Les épiphyses scapulaires et humérales paraissent normales. Pas d'élargissement, pas de saillies anormales. La capsule articulaire est très lâche et permet, lorsqu'on exerce une traction sur le bras, un écartement appréciable des surfaces articulaires. Les parties molles périarticulaires et la peau sont saines. Ni gêne, ni douleur.

L'articulation scapulo-humérale droite est, comme la précédente, le siège de craquements, mais ceux-ci ne sont pas perceptibles à l'oreille; ils sont en outre plus doux et semblent se produire, non dans l'articulation, mais au niveau de la bourse séreuse qui sépare le sous-scapulaire du tendon commun au coraco-brachial et à la courte portion du biceps. Les mouvements ont aussi une étendue considérable.

Les deux coudes jouissent de mouvements de latéralité que l'on

détermine en immobilisant la partie inférieure de l'humérus et en portant l'avant-bras alternativement en dedans et en dehors. Si, pendant ces mouvements de latéralité, on embrasse l'articulation avec la main, on sent les surfaces articulaires s'écarter, en laissant entre elles un intervalle dans lequel pénètre la pulpe du doigt. C'est particulièrement du côté de l'articulation du condyle huméral avec la tête du radius que cet écartement est appréciable. On ne perçoit pas de craquements.

Rien de notable du côté des poignets, sinon l'étendue et la facilité des mouvements. Du côté des doigts l'extension forcée est exagérée. Dans cette position leur face dorsale, au lieu d'être rectiligne, décrit une courbe dont la concavité présente son plus grand rayon au niveau de l'articulation des deuxième et troisième phalanges. Les pouces se renversent en arrière en décrivant alors une courbe équivalente à plus d'un tiers de circonférence.

20 *juillet*. — Chloroforme. Pour réduire la luxation, nous avons recours au procédé que nous avons décrit dans notre premier volume de *Cliniques*, c'est-à-dire que la contre-extension est faite à l'aide d'un drap, plié en cravate et dont les deux chefs, passant en avant et en arrière du tronc, sont maintenus solidement par un aide ; l'extension est dirigée par un autre aide dans le sens de l'adduction, en même temps qu'il imprime au fémur un mouvement de rotation forcée en dedans. Pendant que l'aide fait l'extension et le mouvement de rotation, nous poussons, pour la coaptation, la tête vers la cavité cotyloïde, en prenant un point d'appui sur le grand trochanter et sur le col. Grâce à ces mouvements combinés, la luxation est réduite en un seul tour de main. Le malade est ensuite porté dans son lit et immobilisé dans une bonne position. Il garde le repos au lit pendant douze jours.

2 *août*. — Il commence à marcher dans la salle.

8 *août*. — Il quitte l'hôpital complètement guéri. Nous lui recommandons d'éviter les efforts violents et les chutes.

Obs. CLXIX. — *Luxation de la rotule en dehors*. — Guyard (Théodore), quarante ans, cocher, entre le 11 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 5. La veille, il s'est frappé la partie interne du genou droit contre le moyeu de sa voiture. La douleur a été tellement vive qu'il est tombé sans toutefois perdre connaissance. A pu se relever, mais n'a pu faire un pas ni s'appuyer sur le membre atteint.

A son entrée dans le service, nous constatons une déformation du genou qui est plus aplati qu'à l'état normal. On voit à la partie externe une saillie et à la partie antérieure une dépression assez prononcée. Il existe également un léger gonflement périarticulaire accompagné d'une ecchymose et situé à la partie latérale interne presque au niveau du condyle. Jambe en demi-flexion. On sent au toucher une tu-

meur dure, mobile, qui n'est autre que la rotule sortie de sa place habituelle et dont la face postérieure repose sur la face externe du condyle externe du fémur, de sorte que son bord interne regarde en avant. Le tendon rotulien forme une saillie, il semble qu'il soit comme retourné incomplètement sur lui-même. Mouvements volontaires impossibles. Mouvements provoqués difficiles et douloureux, mais possibles dans une certaine limite.

Le lendemain, on immobilise le membre après avoir obtenu non sans difficulté le retour de la rotule dans sa position normale.

1er *février*. — On retire l'appareil. La guérison est complète et le malade part pour Vincennes, le 4 février.

§ III

INFLAMMATIONS.

1° Arthrites et hydartroses.

Dix observations. L'obs. CLXX, p. 381 (arthrite sèche de l'épaule) est la seule relative à cette variété. Les douches de vapeur locales et les bains sulfureux produisirent une légère amélioration.

Signalons quatre arthrites blennorrhagiques siégeant, deux sur l'articulation du poignet, une sur celle du genou et la quatrième au cou-de-pied. Les arthrites radio-carpiennes apparurent l'une neuf jours, l'autre dix-sept jours après le début de l'écoulement uréthral. Chez le malade de l'obs. CLXXI, p. 381, le genou se prit tardivement ; la blennorrhagie avait duré six mois, malgré une abstinence rigoureuse de toute excitation locale et un traitement interne régulièrement suivi. L'articulation fémoro-tibiale commença à se tuméfier et à devenir douloureuse trois semaines après que le flux semblait s'être arrêté définitivement. Enfin, chez le malade de l'obs. CLXXVI, p. 384, nous trouvons de même que l'affection génératrice dura très longtemps (un an); à diverses reprises elle s'accompagna de douleurs vagues vers les jointures, finalement tout se localisa sur l'articulation tibio-

tarsienne. Le malade de l'obs. CXLXXV, p. 387, ayant eu l'articulation du genou ouverte par suite du passage d'un tramway sur elle ; il eut une arthrite suppurée consécutive et mourut au bout de six jours de septicémie, malgré les précautions antiseptiques qui avaient été prises.

L'obs. CLXXVIII, p. 386, pourrait être rangée parmi les tumeurs blanches; il y a eu traumatisme, arthrite consécutive et finalement altération des os ; nous allons retrouver des processus analogues dans les observations qui vont suivre.

Obs. CLXX. — *Arthrite sèche de l'épaule. Bains et douches de vapeur. Amélioration.* — Gout (Alexandre), soixante-cinq ans, bronzeur, entre le 31 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 35. Malade un peu amaigri mais sans antécédents pathologiques : pas de rhumatismes, pas d'habitudes alcooliques, hygiène convenable. Il y a trois semaines, il a ressenti pour la première fois dans l'épaule gauche des douleurs très vives qui l'empêchèrent de travailler. On fit à cette époque l'application de six ventouses scarifiées, et au bout de trois jours le malade put reprendre son travail. Depuis cinq jours les douleurs sont revenues plus fortes que jamais ; il ne peut pas travailler.

31 *octobre.* — Aucune déformation de l'épaule, pas de tuméfaction, pas de rougeur ni de chaleur de la peau. Les deux épaules présentent une conformation particulière : les apophyses coracoïde et acromion de chaque côté sont plus écartées qu'à l'état normal et la tête de l'humérus vient faire saillie dans cet écartement, ce qui donne à l'épaule une forme triangulaire. Raideur et endolorissement articulaires tels que le malade ne peut faire un seul mouvement sans crier, surtout dans le sens de l'élévation. Les mouvements provoqués donnent à la main embrassant l'épaule une sensation de crépitation. Rien dans les autres articulations.

Douches de vapeur. Bains sulfureux tous les deux jours.

14 *novembre.* — Amélioration. Le malade quitte le service.

Obs. CLXXI. — *Arthrite blennorrhagique du poignet.* — Blais (Alexandre), vingt ans, employé de commerce, entre le 31 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 4. Dix-sept jours après le début d'une blennorrhagie contractée il y a un mois, il eut deux frissons et éprouva dans l'articulation du poignet droit des douleurs devenant de plus en plus vives, en même temps que le poignet se tuméfia.

31 *mars.* — La circonférence du poignet droit a 2 centimètres et demi de plus que celle du gauche. Peau chaude, mais de coloration normale. Epanchement articulaire, peu abondant. Douleurs très

vives s'exaspérant au moindre contact. Mouvements spontanés abolis par suite de la douleur qu'ils provoquent. Pas de symptômes généraux : pas de fièvre. P = 90. T = 37, 5. Pas d'autre arthropatie. Ecoulement uréthral toujours abondant : miction douloureuse. Légère compression ouatée et badigeonnages de laudanum.

5 *avril*. — Même état. L'épanchement est le même : douleurs moins vives. Opiat balsamique à l'intérieur.

20. — Même état. Vésicatoire.

25. — Diminution notable de l'épanchement. Mouvements moins douloureux. Compression ouatée.

30. — Disparition complète de l'épanchement. Mouvements revenus.

2 *mai*. — Guérison complète ; le malade quitte le service. L'écoulement uréthral a presque disparu.

Obs. CLXXII. — *Arthrite blennorrhagique de l'articulation radio-carpienne droite*. — Chatang (Armand), dix-neuf ans, terrassier, entre, le 19 février, salle Saint-Augustin, 80. Le 2 de ce mois, il a contracté une blennorrhagie ; écoulement peu abondant ; traitement par le cubèbe institué dès le quatrième jour. Pas de rhumatisme antérieur. Le 11, il ressent du gonflement et une vive douleur dans le genou droit sans changement de coloration de la peau; la marche et les mouvements exaspèrent les souffrances. Repos au lit, un peu de fièvre. Le 13, mêmes douleurs, plus fortes dans le genou gauche : le lendemain, tuméfaction sans rougeur de la peau, mais moindre que du côté opposé. En même temps l'articulation du coude gauche et les articulations radio-carpiennes sont envahies. Frictions avec l'alcool camphré. Le 18, la douleur et le gonflement des articulations disparaissent à l'exception de celle du poignet gauche qui reste le siège de douleurs aiguës.

19 *février*. — Nous constatons que l'articulation radio-carpienne droite est le siège d'une tuméfaction assez marquée surtout sur la face dorsale. Le diamètre transverse de la main paraît resserré par suite de l'aspect bombé que présente toute la face dorsale. La peau a une teinte mate et une température normale. Les mouvements spontanés et provoqués de flexion et d'extension sur l'avant-bras sont impossibles ; ceux de pronation et de supination se font dans une limite très restreinte et sont très douloureux. Sensation de fluctuation. L'écoulement uréthral a beaucoup diminué. Continuation du traitement. Frictions sur le poignet avec l'onguent belladonné.

22. — On immobilise la main, le poignet et l'avant-bras au moyen d'une compression ouatée fortement serrée.

15 *mars*. — On enlève l'attelle et l'on fait seulement un peu de compression. La guérison est presque obtenue.

31. — Le malade part à Vincennes complètement guéri ; il ne lui reste qu'un peu de faiblesse dans la main et le poignet.

Obs. CLXXIII. — *Arthrite aiguë a frigore du poignet.* — Herz (Jean), trente-un ans, entre le 10 août 1877, salle Sainte-Marthe, 9. Robuste, bien constitué, n'ayant jamais eu de rhumatismes ni de blennorrhagie. Il travaille depuis plusieurs années à extraire de l'argile dans des fosses remplies d'eau. Il y a quatre jours, il a ressenti, en se levant, de l'engourdissement et un sentiment de chaleur dans le poignet droit. Il continua son travail, mais le lendemain il fut forcé de garder le repos. A son entrée on constate l'état suivant : Rougeur et gonflement du poignet droit qui mesure 1 centimètre et demi de plus en circonférence que le côté opposé. La rougeur est limitée à l'articulation radio-carpienne en haut ; en bas elle s'étend de la face dorsale de la main jusqu'à la racine des doigts ; en avant elle s'arrête sur la face palmaire aux éminences thénar et hypoténar. Chaleur et sensibilité de la peau qui est un peu tendue, sans être luisante. Douleur vive dans les mouvements de flexion et d'extension de la main sur l'avant-bras. Sensation de battements douloureux dans l'articulation, exagérés par la pression. Les doigts sont à demi fléchis dans la main. Pas de fluctuation. Le malade n'accuse pas de fièvre, ni de frissons. P = 80. — T = 37.

11 *août*. — Purgatif, application d'un vésicatoire volant ; puis immobilisation de l'articulation à l'aide d'un appareil ouaté compressif.

13. — Amélioration sensible. Moins de tension de la peau : gonflement moindre de un demi-centimètre.

15. — Le gonflement a complètement disparu. Le malade exécute les mouvements sans douleurs et n'a plus qu'un peu de raideur de l'articulation. Il quitte le service.

23. — Guérison.

Obs. CLXXIV. — *Arthrite blennorrhagique du genou droit. Repos absolu. Compresses d'eau blanche. Frictions alcoolisées.* — Lebreton (Victor), dix-huit ans, couvreur, entre le 16 février 1877, salle Saint-Augustin, 9. Il y a six mois, il eut une chaudepisse qui n'est guérie que depuis trois semaines, malgré un traitement régulièrement suivi et l'absence de rapports sexuels. Six jours après la cessation de cette blennorrhagie, il éprouva du picotement, puis le lendemain des douleurs aiguës, de la rougeur de la peau au niveau de l'articulation du genou et un gonflement limité aux parties antérieure et latérale externe. Pendant trois jours, il y eut de la fièvre, la marche devint très douloureuse et presque impossible.

16 *février*. — Gonflement considérable du genou droit dont la circonférence mesure 5 centimètres et demi de plus que celle du genou gauche. Légère teinte érysipélateuse de la peau. L'articula-

tion est tendue, douloureuse. Pas de fièvre ; au toucher on reconnaît que la rotule est soulevée par un liquide fluctuant ; léger empâtement péri-articulaire ; douleur à la pression, exagérée par les mouvements imprimés. Ces derniers sont très limités. Rien du côté des autres articulations ou des autres organes. On ne trouve plus trace d'écoulement par l'urèthre. Repos et immobilisation du membre au moyen d'une gouttière. Compresses d'eau blanche.

2 *mars*. — Le gonflement est moindre. Peu de douleurs.

8. — Le genou a repris à peu près son volume normal ; les mouvements de flexion se font dans presque toute leur étendue et ne sont pas douloureux. Frictions alcoolisées. Le malade exerce l'articulation à de fréquents mouvements.

15. — Il marche sans difficulté et, à part une certaine raideur, la guérison est complète. Sort le 17.

Obs. CLXXV. — *Arthrite traumatique suppurée du genou droit. Septicémie. Mort.* — Placial (Désiré), entre le 4 février 1878, salle Sainte-Marthe, 26. Étant ivre, il a été renversé par un tramway dont les roues lui ont passé sur le genou.

Transporté à l'hôpital, nous constatons à la partie latérale externe du genou droit une plaie ovalaire de 10 centimètres de long. Le condyle externe du fémur est à nu et l'articulation largement ouverte. Plusieurs plaies saignantes intéressent la peau et l'aponévrose sur la partie latérale interne du genou et de la cuisse. On procède aussitôt à un lavage à l'eau phéniquée et l'on entoure le membre en entier avec un pansement ouaté compressif. Le malade refuse la résection du genou.

5 *février*. — Il souffre beaucoup ; pas de sommeil, pas d'appétit. Fièvre intense. T M = 38,2. T S = 40.

6. — Etat fébrile aggravé. Délire. TM = 39. TS = 40. Léger frisson dans l'après-midi.

7. — On enlève le pansement ouaté. La suppuration est abondante ; il y a un vaste décollement au niveau de la plaie à la partie latérale externe. On pratique en cet endroit deux longues incisions. T M = 39°,2. Le soir, on constate une teinte subictérique de la face. Septicémie. On place le membre entouré de son appareil dans une gouttière plâtrée.

7. — Délire intense pendant toute la nuit. Le malade arrache son pansement et fait des efforts pour se lever. T M = 39°,8. — T S = 40°, 4.

9. — Le délire persiste, les yeux s'éteignent, les lèvres sont tremblantes, la face allongée. T M = 40°, 1. — T S = 39°, 8. Décollement le long du fascia lata. Nouvelle incision.

10. — T = 41°. — Mort.

Obs. CLXXVI. — *Arthrite blennorrhagique tibio-tarsienne. Plaques*

rouges au niveau des deux malléoles et sur la face antérieure de la jambe à deux travers de doigt au-dessus de l'article. Repos. Bains. Cataplasmes. — Cabessi (Joseph), vingt-cinq ans, employé, entre, le 25 juin 1878, salle Saint-Augustin, 8. A depuis près d'un an une blennorrhagie dont il ne peut se débarrasser. Plusieurs fois, pendant le courant de l'année, il a éprouvé des douleurs rhumatismales dans presque toutes les jointures, mais principalement dans celles de l'épaule et du pied.

Il y a sept ou huit jours, douleur assez vive du côté de l'articulation tibio-tarsienne droite ; le lendemain il y avait du gonflement et la marche devenait difficile. Il se frictionna plusieurs fois dans la journée avec du baume tranquille. Le surlendemain, le gonflement et la douleur n'avaient pas augmenté, mais il était survenu des plaques rouges au niveau des deux malléoles et à la partie antérieure et inférieure de la jambe.

25 *juin.* — Léger gonflement péri-articulaire qui cède au bout de quatre jours de repos et aux bains. Les plaques rougeâtres, dues sans doute aux frictions trop irritantes, disparaissent le troisième jour.

29. — Le malade pouvant marcher quitte le service sur sa demande.

Obs. CLXXVII. — *Arthrite tibio-tarsienne.* — Raucasi (Louis), vingt-six ans, garçon de café, entre le 3 janvier 1877, salle Sainte-Marthe. A la fin de décembre 1876, il ressentit après une longue marche un peu de douleur à la cheville droite du côté interne. Le 27 décembre, cette douleur l'empêcha de sortir et le 28, il vit apparaître de la rougeur et du gonflement. Le soir, il eut de la fièvre. Voyant que son pied ne va pas mieux, il entre à l'hôpital.

3 *janvier.* — Le malade présente un état gastrique assez prononcé : la langue est épaisse et blanche, la bouche pâteuse, l'appétit complétement perdu : chaleur de la peau, pouls rapide, céphalalgie légère. Les premières nuits, insomnie. A la partie interne du cou-de-pied droit, on trouve un véritable phlegmon dont le centre correspond à la malléole interne, mais la rougeur s'étend en bas et en haut, sur une hauteur de 15 centimètres. La partie la plus proéminente forme une tumeur allongée verticalement un peu en arrière de la malléole. A ce niveau, on trouve de la fluctuation dans le sens vertical : douleur à la pression et dans les mouvements provoqués du pied sur la jambe. La peau est rouge et garde l'impression des doigts. Le malade n'accuse aucun traumatisme; il n'a point fait de faux pas : il n'a pas de blennorrhagie. Purgatif, élévation du pied, cataplasmes en permanence.

Les jours suivants, la rougeur diminue rapidement. Au bout de quatre à cinq jours il ne reste plus qu'un gonflement bien limité, allongé de haut en bas contournant en arrière la malléole interne.



La fluctuation est très nette dans tous les sens. On sent le liquide passer d'un côté à l'autre en contournant la saillie osseuse. L'œdème disparaît : la douleur à la pression est presque nulle, mais elle est réveillée par les mouvements volontaires du pied sur la jambe. Le traitement consiste dans le repos absolu, les bains et les cataplasmes.

20 *janvier*. — La fluctuation a disparu, et les parties ont repris leur configuration normale. Il ne reste qu'un peu de gêne dans les mouvements du pied.

Sort guéri le 24 janvier.

Obs. CLXXVIII. — *Arthrite traumatique tibio-tarsienne suppurée. — Abcès de la malléole interne. Résection des deux malléoles. Tube à drainage. Divers appareils.* — Tremley (Jean-Baptiste), quarante-quatre ans, tonnelier, entre le 30 juin 1876, salle Saint-Augustin, 8. Il y a sept mois, il eut le pied droit pris entre deux tonneaux vides dont le poids est évalué à 45 kilog. pour chacun. Au moment de l'accident, on ne constata ni entorse, ni luxation, ni fracture, mais seulement une contusion. Application de compresses d'eau blanche et repos absolu du membre. Au bout de douze jours, le malade ne souffrant plus reprit son travail, mais trois semaines plus tard, il ressentit de violentes douleurs et remarqua du gonflement sur le cou-de-pied. Peu à peu, la peau prit une coloration rougeâtre, la marche devint difficile.

30 *juin*. — Le gonflement s'étend des articulations métatarso-phalangiennes à 2 centimètres au-dessus de la base des malléoles. On ne distingue plus les saillies que forment à l'état normal les tendons des muscles. La peau est rouge, luisante, tendue, amincie ; sa température est élevée ; les douleurs sont lancinantes, s'accroissent par la pression et les mouvements provoqués, surtout au niveau des malléoles. Les mouvements que l'on cherche à imprimer sont très limités et s'accompagnent d'une crépitation rugueuse qui démontre que les surfaces articulaires sont dépouillées de leur cartilage. Insomnie ; le pouls oscille entre 80 et 85 ; la température varie de 37°,9 à 38°,2.

La synoviale est altérée ; le péroné semble sain, mais l'extrémité inférieure du tibia est le siège d'un gonflement appréciable. Il est probable que la contusion a porté plus spécialement sur lui et qu'il a été le point de départ de la suppuration articulaire. La longue durée de la maladie nous permet de croire qu'il est le siège d'une ostéite epiphysaire, mais l'opération peut seule nous révéler l'étendue des désordres.

8 *juillet*. — Chloforme ; ischémie artificielle avec la bande d'Esmarch. Nous faisons sur le bord postérieur de la malléole externe une incision verticale que nous prolongeons en haut jusqu'à un demi-centimètre au-dessus d'elle. De l'extrémité inférieure de cette inci-

sion en part une autre transversale longue de 4 centimètres, qui se dirige en avant en contournant l'extrémité antérieure du péroné ; cette incision intéresse la peau et l'aponévrose, mais respecte les veines, les tendons et leur gaîne. Nous arrivons ainsi peu à peu sur le périoste que nous décollons méthodiquement à l'aide d'une rugine. Aussitôt après, le péroné est saisi et coupé au-dessus de la malléole avec une forte pince de Liston, puis enlevé au moyen d'un davier. Pendant ce premier temps de l'opération, il s'écoule de la plaie une énorme quantité de pus.

Nous procédons de la même manière pour bien nous assurer de l'état de la malléole interne, mais après avoir décollé le périoste nous nous servons du polytritome, de la gouge et du maillet au lieu de la pince de Liston; pour couper l'os, et nous enlevons par morcellement toute l'épiphyse. Pendant ce temps de l'opération nous rencontrons, comme nous l'avions prévu, au centre de l'os un abcès qui est de date ancienne, à en juger par la membrane granuleuse qui tapisse le foyer et par la condensation du tissu osseux voisin. Cet abcès communique avec l'articulation par un pertuis d'un millimètre de diamètre et c'est par ce pertuis qu'il a rempli peu à peu la synoviale ; d'autre part, il remonte à trois centimètres dans le centre de la diaphyse. Mais tandis que, dans sa portion épiphysaire, l'abcès présente un diamètre de 1 à 2 centimètres suivant les places, il offre à pèine un demi-centimètre dans la portion diaphysaire. Nous excisons l'épiphyse du tibia, mais nous nous gardons bien de porter au delà la résection et, afin de ne pas diminuer inutilement la longueur de cet os, nous évidons la partie supérieure de l'abcès. Le membre est ensuite placé dans une gouttière matelassée avec nos petits coussins d'ouate rendus imperméables par une enveloppe de taffetas gommé ; puis, pour mieux assurer l'immobilité à laquelle nous attachons tant d'importance à la suite de grands traumatismes, nous appliquons une attelle plâtrée longitudinale qui embrasse la face plantaire du pied et la face postérieure de la jambe. Le reste du pansement consiste en linge fenêtré et en charpie imbibée d'eau alcoolisée.

9 *juillet.* — Le malade a peu dormi, mais il n'a pas trop souffert. Un peu de fièvre. Bouillons, potages. On renouvelle le pansement et on enlève les pinces qui avaient été placées sur les vaisseaux saignants. On passe un tube à drainage dans la plaie en se servant comme moyen d'entrée et de sortie du tube les lèvres des deux incisions latérales. T = 38°, 4. P = 102.

10. — Le malade dit avoir souffert davantage, il ne veut que du du bouillon. La fièvre n'a pas augmenté. Même pansement. Injections d'eau alcoolisée dans le tube. T = 38°, 2. P = 102.

11. — Douleurs toujours très vives, peu de sommeil, pas d'appétit.

Rien à noter du côté de la plaie qui fournit un pus de bonne nature. T = 38°, 1. P = 98.

12. — Même état. Moins de fièvre. T = 38. P = 92.

13. — Nuit mauvaise : le malade se plaint d'élancements dans les parties malades. A l'examen, nous ne trouvons rien d'anormal. T = 38. P = 96.

14. — Douleurs de plus en plus vives ; sommeil et appétit nuls ; fièvre. Nous trouvons un gonflement bleuâtre au pourtour de l'articulation ; pus abondant et très fétide. Pansement avec le vin aromatique. T = 38°, 5. P = 100.

16. — Même état. Suppuration abondante. T = 38°, 4. P = 100.

17. — Gonflement articulaire plus considérable. Lavage de la plaie avec le vin aromatique, cataplasmes.

20. — On enlève l'attelle plâtrée ; on fait deux incisions à la partie externe et une à la partie interne pour évacuer le pus ; puis on place le membre dans la même gouttière en immobilisant le pied le plus possible. Lavages avec le vin aromatique, cataplasmes.

21. — Mieux sensible. Appareil fébril léger. Un peu d'appétit ; suppuration toujours abondante. T = 37°, 9. P = 80.

30. — Le malade souffre beaucoup du talon sur lequel existe un commencement d'eschare.

1 *août*. — Malgré tous les soins pris pour isoler le talon et pour empêcher l'eschare de se développer, celle-ci gagne en profondeur et en largeur. On applique sous la face postérieure de la jambe et la face plantaire du pied une attelle plâtrée munie de deux tiges de fer auxquelles on imprime une courbe au niveau du talon, afin d'empêcher celui-ci de porter et de permettre le pansement de l'eschare.

7 *août*. — L'état général est meilleur ; le malade se trouve très bien de cet appareil. Suppuration toujours très abondante et de mauvaise nature. Même pansement.

8. — Nous sommes forcé d'enlever l'attelle plâtrée qui, continuellement baignée par le pus, s'est brisée ; les tiges de fer étant trop faibles ont également fléchi, et le talon porte de nouveau. Nouvelle attelle plâtrée et suspension du pied au moyen de longues bandes de tarlatane passées dans les barreaux du lit.

11. — L'eschare s'élargit ; nous constatons un nouveau gonflement péri-articulaire. Pus abondant. État général mauvais. Insomnie ; fièvre, appétit nul. Diarrhée.

T = 38°, 5. P = 102.

12. — Même état. Injections de vin aromatique. Pansement matin et soir. Cataplasmes. T = 38°, 2. P = 98.

16. — Incision pour évacuer le pus. Lavages avec l'eau phéniquée, cataplasmes.

18. — Un peu de mieux. La diarrhée a cessé ; appétit, sommeil

revenus ; peu de fièvre. On applique de nouveau un appareil plâtré consistant en une attelle en fil métallique que l'on courbe pour isoler le talon afin de permettre le pansement de l'eschare, puis on enveloppe cette attelle avec de la tarlatane et on l'enduit de plâtre. Le pied est porté en dedans; on a soin en appliquant l'attelle de le replacer dans une bonne direction.

28. — Comme l'appareil que nous avions construit avec deux tiges de fer et deux attelles plâtrées, ce dernier est détruit par le pus et les lavages qu'exigent les pansements ; l'attelle métallique ne résiste pas au poids du membre. On construit alors une sorte de hamac, que l'on suspend au lit, et l'on y place la jambe.

10 *septembre.* — Suppuration moins abondante, pus de meilleure nature. L'eschare est guérie, le pied s'est de nouveau porté en dedans. Pour combattre cette déviation nous voulons appliquer un appareil plâtré ; le malade s'y refuse, préférant le hamac. Pansement à l'eau phéniquée.

12 *octobre.* — Le mieux a continué, mais il sort toujours des plaies une grande quantité de pus ; le pied est de plus en plus porté en dedans. Pansement et lavages à l'alcool camphré.

8 *novembre.* — Pour ramener le pied dans une bonne direction nous faisons construire par Mathieu un appareil prothétique.

Jusqu'au 15 février 1877, nous n'avons rien à noter de particulier. La guérison n'est pas complète, mais comme le malade est un peu affaibli par un long séjour à l'hôpital, il sort le 16 *février* 1877 et revient deux mois après bien guéri.

Obs. CLXXIX. — *Hydartrose traumatique du genou gauche. Teinture d'iode. Vésicatoire. Compression ouatée.* — Parfait (Philippe), vingt-quatre ans, peintre en bâtiments, entre le 9 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 7. Il y a un an, fracture de jambe à 4 travers de doigt au-dessus des malléoles, consolidation vicieuse; le fragment supérieur du tibia forme sous la peau une saillie très marquée, claudication légère. La veille de son entrée à l'hôpital, chute dans laquelle le genou gauche a porté sur l'angle d'une marche en pierre.

9 *avril.* — La jambe est demi-fléchie sur la cuisse ; épanchement considérable dans l'articulation du genou dont la circonférence a 2 centimètres de plus que celle du côté opposé. Ecchymose linéaire, transversale, sur les faces antérieure de la rotule et interne de l'articulation. Gonflement des culs-de-sac synoviaux latéraux et surtout supérieur. En refoulant le liquide sous la rotule et en pressant avec l'index sur la face antérieure de cet os, on en détermine le choc contre le fémur. En pressant le cul-de-sac synovial supérieur entre les doigts, on ne trouve pas de fongosités. Douleurs presque nulles. Les mouvements de flexion et d'extension sont moins complets qu'à l'état normal. Pas de symptômes généraux.

10 *avril.* — Badigeonnages sur l'articulation avec la teinture d'iode. Compression ouatée immobilisant en même temps l'article.

20 — L'épanchement est à peu près le même.

25 — Application d'un vésicatoire, suivie de compression ouatée.

30 — L'épanchement se résorbe très vite, diminution de 1 c. et demi sur la circonférence.

3 *mai.* — Il ne reste presque plus de traces du liquide épanché. Le genou est revenu à son volume normal.

4 — Le malade quitte le service avec un appareil silicaté.

14. — Guérison.

Obs. CLXXX. — *Hydartrose traumatique du genou droit.* — Pouplier (Marie), vingt-deux ans, lingère, entre le 29 décembre 1876, salle Sainte-Marthe, 51. Il y a huit jours, chute sur le genou droit qui est resté douloureux et a augmenté de volume. Peau normale ; de chaque côté de la rotule, saillies globuleuses peu développées, manifestement remplies de liquide et plus apparentes au moment de la flexion. La rotule est soulevée et produit un choc en pressant sa face antérieure contre la trochlée fémorale. Indolence à la pression. Douleurs pendant la marche. Les mouvements du genou sont limités.

30 *décembre.* — Application d'un large vésicatoire.

1er *janvier* 1877. — Le liquide est en partie résorbé. Compression ouatée.

La malade sort guérie le 3 janvier.

Obs. CLXXXI. — *Hydartrose du genou droit. Bains sulfureux. Badigeonnages à la teinture d'iode. Vésicatoire.* — Guelan (Ernest), 27 ans, sténographe, entre le 31 décembre 1876, salle Saint-Augustin, 5. Sujet lymphatique, mais néanmoins d'une bonne santé. Pas d'antécédents de famille, pas de maladies vénériennes. Ne se rappelle pas avoir reçu de coup sur le genou ; n'a jamais habité de lieux humides. Depuis quatre mois, il éprouve une faiblesse dans l'articulation du genou droit, surtout après une marche un peu forcée. Depuis un mois et demi il ressent des douleurs qu'il compare à des pointes d'aiguilles et le genou augmente de volume dans sa partie antérieure. En pressant dessus on produit des *craquements.*

31 *décembre.* — En comparant les genoux on remarque que le droit est gonflé et qu'il porte des bosselures sur les parties supérieure et latérales du ligament rotulien. De chaque côté de la rotule repoussée en avant, gonflement. Le membre est dans l'extension et peut difficilement, à cause de la douleur, exécuter des mouvements de flexion ou de latéralité. Température normale de la peau ; pas d'œdème ; léger empâtement au niveau de la partie inférieure du ligament rotulien. Choc de la rotule sur la face antérieure des condyles lorsqu'avec le doigt on la projette vers ceux-ci. Bains sulfureux, badigeonnage à la teinture d'iode. Appareil compressif ouaté.

9 *janvier*. — Diminution de l'épanchement. Sensibilité moindre à la pression. Mouvements toujours difficiles et douloureux. Vésicatoire.

13 — Le malade souffre toujours. Peu d'appétit. Langue chargée. Purgatif.

15. — On peut presser la région malade sans provoquer de douleurs. Appareil ouaté compressif après un badigeonnage à la teinture d'iode.

19 — Épanchement très diminué.

20. — Le malade sort.

2° Tumeurs blanches.

Les dix-huit observations comprises dans ce titre sont dignes d'intérêt aussi bien au point de vue de l'étiologie que de la marche des diverses maladies désignées par ce nom générique. C'est à ces redoutables affections que l'on a le plus souvent affaire dans la chirurgie des membres ; c'est à propos d'elles que se posent les problèmes les plus difficiles relatifs à la conservation ou à l'amputation. Dans les années précédentes nous avons eu en traitement un nombre de tumeurs blanches un peu moindre, mais en réunissant ces différents cas nous aurons une statistique qui nous fournira des renseignements utiles.

Les tableaux qui suivent renferment 15 observations pour le membre supérieur, et 3 pour le membre inférieur.

Les premières se répartissent ainsi :

Articulations :	de l'épaule	1
—	du coude	12
—	du poignet et de la main	2

Six individus étaient manifestement scrofuleux. Ils avaient eu antérieurement soit des adénopathies, soit des manifestations oculaires ou cutanées.

Dans six cas on a relevé des causes professionnelles et locales; les individus en question étaient : un menuisier, un charpentier, un typographe, un ébéniste, un peintre en bâtiments et un découpeur sur métaux ; 4 de ces individus avaient présenté des accidents strumeux.

TABLEAU RECAPITULATIF DES TUMEURS BLANCHES

Nos D'ORDRE	SEXE.	AGE.	PROFESSION.	MALADIES ANTÉRIEURES.	DÉBUT.	SIÈGE.
0	Féminin.	16 ans.	Aucune.	?	Arthr. traumatique.	Épaule.
1	Masculin.	52 ans.	?	?	Spont.	Coude.
2	—	16 ans.	?	?	—	—
3	—	31 ans.	Menuisier.	Acc. scroful.	—	—
4	—	63 ans.	Charpentier.	?	—	—
5	Féminin.	22 ans.	Domestique.	Luxat. anc.	—	—
6	Masculin.	35 ans.	Cultivateur.	?	—	—
7	—	35 ans.	Typographe.	?	—	—
8	—	18 ans.	Ebéniste.	Acc. scroful.		—
9	—	31 ans	Peintre.	—	Spont.	—
10	—	45 ans.	Sculpteur.	?	Carie de l'épitr.	—
11	—	24 ans.	Cultivateur.	?	Spont.	—
12	—	16 ans.	Journalier.	Acc. scroful.	?	Poignet.
13	—	20 ans.	Moul. en cuivre.	—	Entorse du poign.	Carpe et métac.
14	—	19 ans.	Découp. en mét.	—	Spontané.	—
15	—	15 ans.	Ouvr. en parapl.	—	Chutes sur le côté.	Hanche.
16	—	10 ans.	?	—	Spontané.	—
17	—	15 ans.	Fondeur.	?	—	—
18	—	37 ans.	Journalier.	Acc. scroful.	Coup sur la hanche.	—
19	—	60 ans.	Charretier.	?	Coup sur le gen.	Genou.
20	—	27 ans.	Garçon de mag.	Acc. scroful.	—	—
21	Féminin.	29 ans.	Journalière.	?		—
22	—	17 ans.	Domestique.	Acc. scroful.	Spontané.	—
23	Masculin.	27 ans.	Cordonnier.	—	—	—
24	—	55 ans.	?	—	Lux. anc. du gen. Depuis lors accid. répétés de la même jointure.	—
25	—	24 ans.	?	—	Spont.	—
26	Féminin.	28 ans.	?	—	—	—
27	Masculin.	30 ans.	Palefrenier.	—	Chute sur le gen.	—
28	—	25 ans.	Manœuvre.	?	Lux. anc.	—
29	—	25 ans.	Cartonnier.	—	Spont.	—
30	—	25 ans.	Scieur de pierres.	Acc. scroful.	Coup de pied de ch.s.le gen.	—
31	—	23 ans.	Raffineur.	—	—	—
32	—	17 ans.	Mouleur.	?	—	—
33	—	17 ans.	Aucune.	?	—	—
34	Féminin.	37 ans.	Artiste dramatiq.	Syphilis.	—	Cou. de pied.
35	Masculin.	60 ans.	Charretier.	Acc. de tub. pul.	—	—
36	—	26 ans.	Terrassier.	Acc. scroful.	—	—
37	—	26 ans.	Employé.	—	—	—
38	—	47 ans.	Cuisinier.	?	Spont.	—
39	—	31 ans.	Sculpteur.	Syphilis.	—	—
40	—	40 ans.	Cordonnier.	Accid. de tub.	—	—
41	—	37 ans.	Cultivateur.	?	—	—
42	—	49 ans.	Serrurier.	?	Après un faux pas.	—
43	—	31 ans.	Cartonnier.	Acc. scrof. syphil.	Traumatisme.	—
44	—	45 ans.	Joaillier.	Rhumat. art. aigu	Spont.	—
	—					
45	—	52 ans.	Terrassier.	Acc. scroful.	—	Pied.
46	—	35 ans.	?	?	—	—
47	—	17 ans.	Domestique.	Acc. scroful.	—	—
48		36 ans.	Boucher.	?	—	—
49	—	45 ans.	Journalier.	Acc. tub.	—	Métatarse.
50	—	61 ans.	Mécanicien.	?	Traumatisme.	—
51	—	51 ans.	Boucher.	?	Spont.	—

(1) Les observations sans indication bibliographique se trouvent dans le présent volume à la suite

AITÉES DANS NOTRE SERVICE DE 1874 A 1879.

TRAITEMENT.	RÉSULTATS.	OBSERVATIONS.	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.
Ignipuncture.	Guérison.		Clin. de 1876, p. 485.
Ignipunct. puis app. inam.	Amélioration.		— 1875, p. 374-75.
Immobil. Catapl.	Etat stat.	Ankylose du coude.	(1)
Résection du coude.	Guérison.		
Ignipuncture.	—		— — p. 376-77.
Immobil. Lavages iodés.	Amélioration.		— 1876, p. 486.
Résection du coude.	Guérison.		— — p. 487.
—	—		— — p. 488.
Ouv. d'un abcès. Drain.	Amélioration.	Ankyl. du coud. Anc. abc. péri-art. ultér.	
—	Etat stat.		
Résection du coude.	Guérison.	Avait subi l'évid. de l'épitr. lors de la carie. Plus. abcès du coude apr. la rés. Reste une pet. fist.	
—	—		
Ignipuncture.	Amélioration.		
n. puis rés. de l'extr. post. du 5e mét.	Etat stat.		
Appareil silicaté.	Guérison.		Clin. de 1875, p. 376-77.
pp. orthop. Plus tard ouv. d'abcès.	Etat stationn.	Là cox. exist. dès l'âge de 1 an.	— —
Résection de la hanche.	Guérison.		
—	—		
Évacuation des abcès, drain.	Amélioration.		Clin. de 1875, p. 378 et suiv.
Drainage. Lav. iodés.	Mort.	Par tub. pulmon.	
Ignipunct.	Amélioration.		
App. ouaté. Compress.	Etat stat.		
edress. forcé et immob. du membr.	Mort.	Par tub. pulmon,	
—	Amélioration.		
edressement forcé de la jambe.			
Compresse ouatée.			—
Évac. des abcès, drain.	Etat stat.		—
Immob. et compr ouatée.	Amélioration.		—
—	—		—
Compr. ouatée et ignipunct.	—		Clin. de 1876, p. 488 et suiv.
Amput. de la cuisse.	Guérison.		—
Immobil. Cautér. transcurr.	Amélioration.		—
Amputation de la cuisse.	Mort.	Amp. in extremis, mort par épuis.	—
Compress. ouatée.	Amélioration		—
Amput. de la cuisse.	Mort.	Par le choc.	
Caut. des trajets fist. Trait. int.	Amélioration.		Clin. de 1875, p. 384-85.
mmob. Comp. ouatée, bad. iodés.	Etat stat.	La tub. cont. sa marc.	—
—	Aggravation.	Tout. les art. du pied sont prises. A ref. l'amp. Tum. bl. du coud. guér. par ank.	-
Immobil.	Amélioration.		
—	—	—	Clin. de 1876, p. 493.
Comp. bad. iodés. Trait. int.	Guérison.		
Immobil.	—		
Compr. ouatée.	—		
Amp. de la jambe.	Guérison.		
Ignipunct.	—	Dep. lors carie du tib.	
nipunct. plus tard amp. de la jamb.		Dég. graiss. viscer.	
Amputation sus-mall.	Mort.		Clin. de 1875, p. 384.
Immobil.	Guérison.		
Amput. sous astrag.	—		— 1876, p. 494.
Amput. sus-malléol.	—		
—	Mort.	Tub. pulm.	
Amput. sous astragal.	Guérison.		
Amp. de la jambe.	—		
Ablat. du 2e, 3e et 4e mét.	—		

tableau.

Dans 2 autres cas la profession peut être encore incriminée parce qu'elle exposait les individus à l'action continue du froid humide : c'étaient deux cultivateurs ; dans 3 cas on a noté des traumatismes antérieurs ayant produit une arthrite de l'épaule, une luxation du coude et une entorse du poignet. Pour tous ces faits sans exception nous avons fait de la chirurgie conservatrice. Voici les résultats obtenus :

1° Immobilisation avec cataplasmes, lavages iodés, ou drainage des abcès, 5 fois ; amélioration, 3 fois ; état stationnaire, 2 fois.

2° Ignipuncture combinée à l'immobilisation, 4 fois ; amélioration, 2 fois ; guérison, 1 fois ; état stationnaire, 1 fois.

3° Résections... { Du coude, 6 fois ; 6 guérisons. De l'extrémité postérieure du 5e mét., 1 fois. État stationnaire.

Nous sommes heureux d'enregistrer ces résultats heureux à la suite des résections du coude parce que toutes ont été faites d'après notre procédé ; nous avons réclamé pour lui l'avantage d'une simplicité et d'une rapidité très grandes ; on voit par ce qui précède, qu'au point de vue des suites, il peut supporter la comparaison avec n'importe quel autre. Nous l'avons décrit à plusieurs reprises ; cependant nous ne saurions trop y revenir.

Voici comment nous avons opéré chez le malade de l'obs. CLXXXV (obs. 11 du tableau).

Après chloroformisation et ischémie artificielle avec la bande d'Esmarch, nous faisons à la partie postérieure du coude une incision curviligne à convexité inférieure, allant de l'épicondyle à l'épitrochlée ; nous détachons ensuite de l'olécrâne l'insertion du triceps afin de relever ce muscle vers le bras ; nous agissons de même pour les muscles épitrochléens et épicondyliens que nous renversons vers l'avant-bras. Ce premier temps de l'opération nous permet d'examiner chemin faisant les différents organes. A la face externe de l'articulation existe un vaste abcès de voisinage, dont l'incision donne issue à une grande quantité de pus. Des stalactites osseuses naissent de l'olécrâne, s'élèvent jusque dans le triceps et s'opposent à la marche du bistouri. L'olécrâne est doublé de volume. Une masse de fongosités vitrées, transparentes, ont envahi la synoviale, une partie des muscles radiaux et les extré-

mités articulaires des os ; nous les enlevons à mesure qu'elles se présentent. Les os sont le siège d'ostéite, aussi sommes-nous obligés de faire la résection totale. A cet effet, l'avant-bras étant fléchi sur le bras, nous enlevons les extrémités radiale et cubitale avec la scie à chaîne. L'extrémité inférieure de l'humérus est réséquée au moyen de la scie à main ; ce temps de l'opération présente quelques difficultés par suite de la présence de foyers d'ostéite condensante qui résistent à l'action de l'instrument. Pendant le cours de l'opération, nous avons pris soin d'éviter le nerf cubital. L'emploi des pinces hémostatiques n'a pas été nécessaire.

Les 39 observations du membre inférieur se répartissent ainsi :

Coxalgies	4
Tumeurs bl. fémoro-tibiales	18
Tibio-tarsiennes	12
Tarsiennes ou métatarsiennes	8

Pour les coxalgies nous avons fait deux résections de la hanche suivies de guérison. Voici les réflexions que nous faisions à propos de l'obs. CLXXXIX p. 407 (obs. 17 des tableaux).

Le cas qui précède nous paraît intéressant : 1° par le début brusque ; 2° par l'apparition simultanée des douleurs et de l'impuissance fonctionnelle du membre, en tant que symptômes initiaux ; 3° par l'attitude spéciale du malade ; 4° par la localisation des lésions osseuses à l'extrémité supérieure du fémur et l'intégrité des portions articulaires de l'os coxal.

Nous pensons que chez notre petit malade le point de départ de l'affection a été une ostéite épiphysaire.

En recherchant l'étiologie, nous ne trouvons guère de cause admissible que les brusques changements de température auxquels sont nécessairement soumis les ouvriers d'une fonderie. Nous ne pouvons, en effet, invoquer d'autre influence diathésique qu'un peu de lymphatisme, car il nous serait difficile d'accuser une fièvre typhoïde survenue trois ans avant le début des manifestations articulaires. Les changements brusques de température ont une influence indiscutable sur la production de l'ostéo-périostite dans un âge où, par suite du travail d'accroissement des os, la congestion est en quelque sorte physiologique au niveau des épiphyses.

Un autre point digne d'attention chez notre sujet c'est l'absence

de la période qui marque d'ordinaire le début de la coxalgie et qui se révèle par des symptômes d'arthrite mal définis. Ici, les douleurs vagues, intermittentes, non localisées, la paresse des mouvements, la gêne de la marche, la claudication, ont fait totalement défaut. Au contraire, le début a été brusque, éclatant, bien en rapport avec une ostéo-périostite épiphysaire. C'est une douleur soudaine, fixe, violente à ce point qu'elle rend impossible la station verticale. Le malade est à peine touché qu'il est obligé de garder le lit. Il est regrettable que les renseignements nous manquent au sujet de la fièvre et des symptômes généraux de cette période.

Il y a lieu de croire que le décollement de la tête du fémur date de là. L'impuissance fonctionnelle, dès ce moment complète, et l'intégrité de la tête au milieu des désordres que nous avons constatés le démontrent. Et si la déviation du membre n'a pas été immédiate, si le pus ne s'est pas rapidement fait jour à l'extérieur après avoir décollé le cartilage de conjugaison, c'est qu'il a eu à vaincre la résistance du périoste, particulièrement épais, qui revêt le col du fémur. Plus tard seulement, le pus a perforé progressivement le périoste et le tissu fibreux périarticulaire. La déviation du fémur a passé par les mêmes phases. A mesure que les liens qui le maintiennent au contact de l'os iliaque se sont relâchés ou détruits, il a obéi à la contraction musculaire et subi les déplacements que nous avons observés ; il a été entraîné progressivement en haut comme dans les fractures du col avec écartement des fragments. C'est cette attitude vicieuse qui nous a permis, avant l'opération, de dire que la tête était décollée et maintenue dans sa cavité. Mais ce qu'il était impossible de prévoir, c'est l'étendue de l'ostéite raréfiante qui nous a obligé à conserver le périoste pour réparer la perte de substance.

Parmi les dix-huit observations de tumeurs blanches du genou, nous avons relevé onze fois des accidents scrofuleux antérieurs. Il est plus difficile de trouver des causes professionnelles locales ou générales : cependant il est possible que les traumatismes répétés du genou exercés dans un cas (chez un cordonnier) n'aient pas été sans influence ; trois individus avaient des professions pénibles les exposant à l'humidité et à de brusques changements de température (charretier, garçon de magasin, scieur de pierres).

Voici les traitements suivis et leurs résultats.

Immobilisation avec badigeonnages iodés, évacuation des abcès, drainage, compression ouatée :

Amélioration......... 2 fois.
État stat............. 2
Mort (tubercule)..... 1

Ignipuncture avec immobilisation consécutive :

Amélioration......... 3 fois.

Cautérisation transcurrente et immobilisation :

Amélioration......... 1 fois.

Redressement forcé dans le cas d'ankylose et immobilisation :

Amélioration......... 2 fois.
Mort (par phthisie)... 1

Amputation tardive de la cuisse :

Guérison............ 1 fois.
Mort................ 2

Obs. CLXXXII. — *Tumeur blanche du coude. Ankylose consécutive. Plus tard abcès périarticulaire.* — Auguste Bournet, dix-huit ans, ébéniste, se présente à la clinique du 27 janvier 1877. Scrofuleux. A été traité dans nos salles, il y a trois ans, pour une tumeur blanche du coude droit qui fut suivie d'ankylose.

Il y a un mois, un abcès se forma au voisinage de l'olécrâne et s'ouvrit spontanément; il est actuellement cicatrisé et on ne trouve à sa place qu'une croûte sèche.

Aujourd'hui le malade vient nous trouver pour un accident de même nature qui suit exactement la marche de l'abcès olécrânien. Au milieu des muscles épicondyliens : saillie acuminée qui répond à la tête du radius. La peau est luisante, amincie, mais non enflammée. Fluctuation très manifeste à ce niveau. Nous sommes en présence d'un abcès froid qui semble n'avoir aucune communication avec l'articulation. Les mouvements du coude sont douloureux et très limités, l'abcès n'est pas réductible et semble enkysté. Ouverture par le bistouri. Écoulement d'un pus séreux, mal lié. L'examen des parois de l'abcès prouve qu'aucun os du voisinage n'est malade. Passage d'un drain. Cataplasmes.

Obs. CLXXXIII. — *Tumeur blanche du coude gauche. Ouverture d'un abcès.* — Quinton (Emile), trente-un ans, peintre sur papier, entre le 20 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 17. Malade petit, chétif, maigre. Adénites cervicales dans l'enfance. En février 1876, sans cause connue, affaiblissement du membre supérieur

gauche : gêne plutôt que douleurs au niveau du coude. Peu à peu la faiblesse devient telle que le malade est obligé de se servir de la main droite pour soulever le bras gauche. En avril, flexion invincible de l'avant-bras sur le bras et tuméfaction du coude. Au mois de mai, entre à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on fait l'extension brusque ; à partir de cette époque, douleurs sourdes, lancinantes, exagérées par la pression et les mouvements. Impossibilité complète de faire usage du membre. Depuis un mois tuméfaction à la partie externe de l'articulation.

20 *décembre*. — La région du coude n'a pas subi sur sa face antérieure de déformations considérables, elle est seulement un peu plus volumineuse qu'à l'état normal. Les extrémités osseuses semblent avoir conservé leurs rapports. Entre l'épicondyle et l'olécrâne au contraire existe un abcès du volume d'un œuf de poule. La peau est rouge, luisante, chaude. Desquamation due à l'application récente de teinture d'iode. Au palper, fluctuation très nette, et légère crépitation. Le membre est dans l'extension forcée ; il pend le long du tronc dont il suit les mouvements. Pour le relever le malade s'aide de la main droite. Atrophie du bras, de l'avant-bras et de la main. Impossibilité absolue des mouvements spontanés du coude ; les mouvements provoqués sont peu douloureux, mais s'accompagnent de craquements articulaires. Quelques mouvements dans l'articulation de l'épaule. Les mouvements des doigts sont conservés, mais très limités, tant du côté de la flexion que de l'extension. Légère hyperestésie du membre malade. La température est moins élevée que celle du côté opposé.

6 *janvier* 1878. — Incision exploratrice au niveau de l'abcès. Ecoulement d'un pus épais, grumeleux, mal lié.

Le doigt introduit dans la poche purulente constate la présence d'une membrane granuleuse, épaisse, tapissant toute la cavité. Mais on ne peut savoir si la cause de l'inflammation est intra ou extra-articulaire. Drain à la partie déclive.

Obs. CLXXXIV. — *Tumeur blanche du coude. Ancienne carie de l'épitrochlée. Résection et évidement de cette apophyse. Plus tard invasion de la synoviale. Résection du coude. Guérison.* — Cablet (Frédéric), quarante-cinq ans, sculpteur, entre le 22 novembre 1876, salle Sainte-Marthe, 1. Il a déjà été dans nos salles au mois d'août dernier pour une carie de l'humérus, paraissant limitée à la portion épitrochléenne, mais revêtant en réalité la forme diffuse et s'accompagnant d'un nombre considérable de fongosités grisâtres, molles, plutôt luxuriantes que vasculaires. Ces fongosités s'étendaient dans l'épaisseur de l'extrémité inférieure de l'humérus à 1 ou 2 centimètres de la portion épitrochléenne et comme la limite du mal était peu précise, l'opération fut laborieuse. Le périoste fut décollé et conservé sur les deux

faces de l'os et nous eûmes soin de ménager l'articulation du coude. La guérison fut relativement rapide et le malade partit pour Vincennes le 21 octobre avec un drain à demeure.

Cette affection nous avait toutefois inspiré de sérieuses inquiétudes, bien que les articulations des os du bras et de l'avant-bras eussent en grande partie conservé leurs fonctions, à part un peu de gêne de voisinage. Il nous avait semblé, en effet, avant et pendant l'opération, reconnaître dans le cul-de-sac de la synoviale le plus rapproché de la face postérieure de l'épitrochlée, un épaississement dû à des fongosités mollasses, de l'épaisseur de un demi-centimètre, et de la largeur d'une pièce de 2 francs. Entre le périoste et l'os du même côté, nous avions constaté la présence de fongosités formant une couche de la même épaisseur et offrant tous les caractères de celles que nous avions trouvées dans l'épaisseur de l'os carié. Nous avions même été conduit, il faut le dire, en raison de cette synovite fongueuse, bien qu'elle fût circonscrite et que le reste de l'articulation fût sain, à proposer, au malade, la résection totale de l'articulation du coude ; mais invoquant les nécessités de sa profession, il avait rejeté cette proposition et il consentit à peine à l'évidement de l'épitrochlée.

22 *novembre.* — Notre pronostic est réalisé, nous sommes en présence d'une synovite fongueuse généralisée de l'articulation du coude. Les symptômes sont ceux de l'hydartrose chronique. Les os paraissent sains, à part une ouverture fistuleuse située au niveau de l'épitrochlée, donnant quelques gouttes de sérosité purulente. Peu d'inflammation de voisinage. La déformation porte surtout de chaque côté de l'olécrâne où les gouttières sont remplacées par des saillies annonçant une distension extrême des culs-de-sac olécrâniens de la synoviale. Le reste du coude est devenu cylindrique et les saillies normales des os et des muscles sont moins distinctes. Les mouvements de l'articulation bien que limités, paraissent avoir conservé leur souplesse. Pas de bruit de frottement, annonçant la destruction partielle des cartilages. La sensation pâteuse qui existe au pourtour de l'articulation est celle des fongosités épaisses. Par places une sensation de fluctuation annonce qu'il y a sans doute un peu de sérosité purulente. Le coude malade mesure 32 centimètres de circonférence tandis que le gauche ne donne que 24 centimètres. Douleurs spontanées assez vives, exagérées par la moindre pression. Le malade demande une opération plus radicale que la première.

9. — Chloroforme. Compression préventive avec la bande d'Esmarch. Résection du coude d'après notre procédé, en conservant autant que possible les insertions musculaires ; néanmoins, nous enlevons toutes les parties envahies par les fongosités. Dans la synoviale

elles forment une couche de 4 centimètres d'épaisseur, et sont baignées par un peu de synovie altérée. L'olécrâne et la tête du radius sont le siège d'une ostéite condensante : nous réséquons ces extrémités osseuses à l'aide de la scie à chaîne. Après avoir fait l'ablation de la synoviale et des nombreuses fongosités qui la recouvrent, nous réséquons l'extrémité inférieure de l'humérus. L'opération terminée nous réunissons les lèvres de la plaie à l'aide de 5 points de suture, en ménageant à la partie déclive une ouverture pour l'introduction d'une mèche de charpie alcoolisée. Le bras est ensuite placé et immobilisé dans une gouttière métallique garnie de coussins imperméables, de telle sorte que l'on puisse faire les pansements, sans déranger le membre.

10. — T M = 37°, 6. S = 38°, 2. P = 100. Bouillons, potages. Vin de quinquina.

11. — Bonne nuit. T M = 37°. S = 38°. P = 96. Pansement alcoolisé. Appétit, viande rôtie. V. q. q.

12. — T M = 37°. S = 38°. P = 92. Même état.

13. — T. et P. normaux. On enlève les points de suture. Réunion partielle des bords de la plaie.

16. — Perte de l'appétit et du sommeil, céphalalgie, douleurs sourdes dans le coude. Suppuration abondante.

20 *janvier*. — La suppuration est modérée, on place le membre dans un appareil plâtré, en laissant une fenêtre au niveau de la plaie. On cesse l'usage des mèches de charpie, la plaie étant en partie oblitérée.

2 *février*. — Apparition d'un abcès sur la face antérieure du coude, ponction, passage d'un drain.

19. — Second abcès au côté externe du coude, passage d'un drain, lavages alcoolisés.

A partir de cette époque la cicatrisation marcha rapidement, mais les deux trajets fistuleux continuèrent à donner du pus. Dans la première quinzaine du mois, un nouvel abcès se forma et donna du pus jusqu'au mois de juin. Le 24 de ce mois, le malade partit pour la campagne, dans un état satisfaisant.

Obs. CLXXXV. — *Tumeur blanche du coude droit. Résection. Guérison.* — Braud (Jean), vingt-quatre ans, cultivateur, entre le 5 mai 1877, salle Saint-Augustin, 72. Pas de signes évidents de scrofule, aucun accident vénérien. Sa mère est morte à vingt-quatre ans de fièvre typhoïde. A douze ans, il se fit à la face interne du coude droit une plaie contuse, superficielle, qui guérit rapidement en laissant une cicatrice blanchâtre, gaufrée, que l'on voit encore aujourd'hui. A dix-huit ans, il éprouva dans cette articulation des douleurs vagues qui s'accentuèrent par la suite ; les mouvements devinrent difficiles et se limitèrent progressivement, puis apparut un gonflement qui, d'abord

localisé à la partie externe, gagna ensuite toute la périphérie. Un traitement antiscrofuleux général et local, institué en ville, ne parvint pas à entraver la marche du mal. Il y a un mois, un abcès se fit jour au niveau de la tête du radius et demeura fistuleux. En même temps, l'état général s'altéra ; perte de l'appétit et du sommeil, amaigrissement, diminution des forces, sueurs nocturnes ; plusieurs fois il remarqua des filets de sang dans ses crachats.

5 *mai.* — L'avant-bras droit est légèrement fléchi sur le bras. La région du coude, déformée par la tuméfaction, est arrondie, fusiforme ; les saillies et les dépressions normales ont disparu au milieu du gonflement général ; seul, l'olécrâne est reconnaissable et semble plus volumineux qu'à l'état normal. Cette tuméfaction contraste avec l'atrophie commençante du bras et de l'avant-bras. La peau est lisse, tendue, mais n'a subi aucune altération, sinon au niveau de la tête du radius, où l'on observe un orifice fistuleux en partie obstrué par un gros bourgeon charnu, pâle et mollasse. Pas de dilatation apparente des veines sous-cutanées. Au toucher, les parties molles forment, sur les parties antérieures et latérales, une masse homogène, de consistance plus ferme qu'à l'état normal ; en arrière, au contraire, au niveau des culs-de-sac olécrâniens, elles offrent une consistance pâteuse et une sensation obscure de fluctuation. Les extrémités osseuses semblent participer au gonflement, mais elles ont conservé leurs rapports normaux. Un stylet introduit dans la fistule arrive sur la tête du radius qui est le siège de douleurs très vives qu'exaègrent la pression et les mouvements provoqués. Ceux-ci sont très limités ; les mouvements spontanés sont impossibles. Le malade s'affaiblit de jour en jour ; depuis une semaine, il a de la fièvre qui s'accentue pendant la nuit.

L'inefficacité du traitement médical, l'aggravation progressive des symptômes et surtout l'altération de l'état général, nous déterminent à tenter une opération. Car, bien qu'il n'y ait actuellement aucun symptôme du côté des organes thoraciques, nous savons qu'une suppuration prolongée peut déterminer la tuberculose. L'affection semble avoir débuté par la tête du radius ; si la suppuration y est limitée, nous pourrons nous contenter de faire une résection partielle, mais si elle s'est propagée à l'olécrâne et à l'extrémité inférieure de l'humérus, nous ferons la résection.

Résection complète suivant les règles ordinaires.

L'opération terminée, nous réunissons les lèvres de la plaie, par cinq points de suture, en laissant une voie libre pour l'écoulement du pus et l'introduction d'une mèche munie d'un tube à drainage. Le membre est ensuite placé dans une gouttière métallique, garnie de coussins imperméables,

5 *mai.* — TS = 37°,8. P = 88.

6. — T M = 37°,4. T S = 38°,6. P = 90. — Le malade est très faible, pas d'appétit, la nuit a été mauvaise. Lavages et pansement alcoolisés. Bouillon, potages. Vin de quinquina.

7. — T M = 37°,6. T S = 38°,2. P = 90. — Même état, même pansement.

8. — T M = 37°,6. T S = 38°,4 P° = 92. Viande rôtie, potage, confitures. Le malade a bien dormi.

9. — T M = 37°,4. T S = 38°. P = 82. On enlève les fils que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées ; réunion partielle de la plaie. Appétit, sommeil.

10. — T = 37°. P = 80. Suppuration modérée. A partir de ce moment la température et le pouls restent normaux.

20. — Rougeur de l'avant-bras. Œdème de la main, application de compresses imbibées d'eau de sureau.

21. — Disparition de l'œdème.

8 *juin.* — Ouverture, à l'aide du bistouri, d'un petit abcès sur la face antéro-externe du coude. Sortie d'un pus mal lié.

14. — Un nouvel abcès s'ouvre au niveau de la cicatrice.

19. — La plaie est en partie cicatrisée, mais plusieurs trajets fistuleux persistent et donnent chaque jour une certaine quantité de pus. Badigeonnage de teinture d'iode sur toute la partie du membre qui n'est pas cachée par l'appareil.

1er *juillet.* — On renouvelle les coussins de la gouttière.

8. — Répression par le nitrate d'argent de gros bourgeons charnus grisâtres qui végètent sur les orifices fistuleux et gagnent la face postérieure du coude. Injections iodées dans les fistules.

22. — La plaie est complètement cicatrisée. Mais la région du coude est toujours tuméfiée et très douloureuse à la pression.

24. — Fusée purulente remontant le long de la cloison inter-musculaire externe jusqu'à l'union des tiers moyen et inférieur du bras. Ponction, contre-ponction ; passage d'un drain, lavages iodés.

27. — Fusée purulente descendant sur le bord externe de l'avant-bras, ouverture à l'aide du bistouri, sortie d'un pus crémeux abondant. Après avoir passé par des alternatives de cicatrisation et de suppuration, la plaie a diminué d'étendue.

15 *août.* — On place le membre dans un appareil plâtré muni d'une fenêtre au niveau des orifices fistuleux. A partir de cette époque, le mieux s'affirme, le malade se lève toute la journée et descend au jardin ; la suppuration se tarit, l'état général s'améliore et les forces reviennent.

22 *septembre.* — Le malade sort guéri.

Obs. CLXXXVI. — *Tumeur blanche du coude. Résection. Guérison.* — Parquin (Jean-Pierre), seize ans, journalier, entre le 29 juillet 1878, salle Sainte-Marthe, 10. Pas d'hérédité. Lymphatisme. Variole dans l'en-

fance, jamais de maladies graves. Il y a deux ans, sans causes connues, il commença à éprouver dans le coude gauche des douleurs d'abord sourdes, intermittentes, puis vives, continues, exagérées par les mouvements et la pression. En même temps la région du coude devint le siège d'une tuméfaction diffuse progressive, qui ne tarda pas à masquer complètement les saillies et les dépressions normales, pendant que les mouvements de l'articulation devenaient de plus en plus limités et douloureux et que l'avant-bras prenait invinciblement la position de demi-flexion. Il y a six mois la peau devint rouge, tendue, luisante à deux travers de doigt au-dessous du pli du coude, au niveau de la face antérieure du cubitus. Un abcès s'ouvrit spontanément en ce point et demeura fistuleux. Le traitement interne et les badigeonnages de teinture d'iode ne parviennent pas à enrayer la maladie.

29 *juillet*. — L'avant-bras est dans la flexion à angle droit sur le bras. La région du coude est déformée par une augmentation de volume qui contraste avec l'atrophie du bras et de l'avant-bras. Les saillies épicondylienne, épitrochlénne et olécrânienne, celle du biceps et les gouttières qui la limitent normalement, ont disparu au milieu de cette tuméfaction, de sorte que le coude est cylindroïde. La peau qui le recouvre est amincie, tendue, luisante, pâle, exsangue à la face postérieure; bleuâtre à la face antérieure où elle laisse voir par transparence les veines sous-cutanées, dilatées, violacée à la face antéro-interne au niveau du cubitus où elle présente un orifice fistuleux qui est masqué par de gros bourgeons charnus, mous, vasculaires, entre lesquels suinte continuellement une faible quantité de liquide séro-purulent. Au toucher la consistance est mollasse, demi-fluctuante, excepté de chaque côté de l'olécrâne où elle est ferme, élastique, et à la face antérieure au niveau de laquelle elle rappelle celle des tissus lardacés. L'exploration de la fistule à l'aide du stylet conduit sur l'apophyse coronoïde qui est entourée de fongosités épaisses et dont le tissu est ramolli, friable, atteint de carie avancée. Les mouvements volontaires sont abolis, les mouvements provoqués sont très limités et douloureux. L'état général est encore satisfaisant. Mais le malade commence à maigrir, il pâlit et perd ses forces, et il est à craindre de voir évoluer la tuberculose pulmonaire si l'on n'intervient rapidement.

3 *août*. — Chloroforme. Résection du coude par notre procédé. Après avoir fait à la partie postérieure du coude une incision curviligne à concavité supérieure allant de l'épicondyle à l'épithrochlée, nous détachons l'insertion du triceps au sommet de l'olécrâne et nous relevons l'extrémité inférieure du muscle. Nous enlevons d'énormes paquets de fongosités et nous reconnaissons que la carie porte aussi bien sur l'extrémité inférieure de l'humérus que sur les

parties correspondantes des os de l'avant-bras. Après avoir ruginé le périoste nous saisissons la tête du cubitus avec un fort davier, afin de l'immobiliser, puis nous la réséquons immédiatement au-dessous de l'apophyse coronoïde, avec la scie à chaîne. Nous réséquons de la même façon la tête du radius et l'extrémité inférieure de l'humérus au-dessus du condyle. Malgré l'étendue qu'il a fallu donner à l'opération nous parvenons à conserver le nerf cubital en le faisant isoler à l'aide d'un rétracteur. Les extrémités articulaires des os de l'avant-bras sont complètement désorganisées, mais les lésions sont plus avancées du côté du cubitus. La surface articulaire de l'humérus est érodée, ramollie, envahie par les fongosités; immédiatement au-dessus de cette portion cariée existe une zone d'ostéite condensante qui donne beaucoup de peine pour la résection. L'opération terminée, la plaie est fermée à l'aide de 7 points de suture métallique isolés. Nous laissons au côté interne de la plaie une ouverture suffisante pour le passage d'un drain et l'écoulement des liquides. L'opération est faite, presque à sec, grâce à 6 pinces hémostatiques placées sur les vaisseaux et enlevées une demi-heure plus tard à la fin du pansement. Le bras est immobilisé dans la demi-flexion avec un appareil plâtré à attelle antérieure. La face postérieure du coude est laissée à découvert afin de faciliter les pansements.

Pendant les 8 premiers jours, léger mouvement fébrile à exacerbation vespérale. La température n'a jamais dépassé 39°. Les pansements ont été faits avec la tarlatane imbibée d'eau alcoolisée phéniquée. Lavages quotidiens par le tube à drainage, avec le même liquide. La suppuration a toujours été modérée. Pas d'accidents consécutifs. Le 18 septembre, la cicatrisation est complète. Le malade sort avec un nouvel appareil plâtré.

Obs. CLXXXVII. — *Tumeurs blanches du poignet et de la main du côté droit. Ignipuncture. Amélioration.* — Freling (Edmond) vingt ans, mouleur en cuivre, entre le 12 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 18. Pas d'hérédité. Rougeole à deux ans. Adénite cervicale suppurée du côté gauche à seize ans. Il a eu successivement un engorgement des ganglions axillaires et inguinaux des deux côtés qui a disparu sous l'influence du traitement ioduré et de l'huile de foie de morue. Pas de tuberculose. Il y a un an, entorses du poignet droit et de la main, consécutives à une chute. Compresses d'alcool camphré. Depuis cette époque, gêne et douleurs au niveau des articulations radio-carpienne et carpo-métacarpienne. Il y a un mois, tuméfaction des faces dorsale et palmaire du poignet au niveau de la tête du radius. Bientôt cette tuméfaction s'étendit à la face dorsale du carpe et s'accusa principalement au niveau des quatrième et cinquième articulations carpo-métacarpiennes. Les mouvements du poignet et

de la main se sont peu à peu limités sans cependant déterminer de douleur.

Tuméfaction irrégulière, bosselée, formant sur la face dorsale une saillie de la forme et du volume d'un œuf de poule, ovoïde, à grand axe vertical. La grosse extrémité, mobile, répond à la tête du radius, l'extrémité opposée se rapproche du cubitus. A ce niveau la peau est mince, tendue, luisante, exsangue, décolorée; elle laisse voir par transparence des veines sous-cutanées, dilatées et bleuâtres. La tumeur est élastique, ferme, lardacée, fongueuse ; elle semble se continuer profondément avec les synoviales des gaînes des extenseurs du long abducteur du pouce et des radiaux.

Au niveau de la face dorsale des quatrième et cinquième articulations carpo-métarcapiennes existe également une tuméfaction aplatie, dont la convexité est comparable à celle d'un verre de montre et dont la peau saine recouvre une tumeur dont la consistance est celle du périoste épaissi, fongueux, atteint d'inflammation chronique. A la face palmaire on en trouve une autre du volume d'un œuf de pigeon, convexe, arrondie, dont le pourtour se confond insensiblement avec la première. Elle répond à la partie antérieure de l'extrémité inférieure du radius. Téguments pâles et distendus mais mobiles à la surface de la tumeur. Celle-ci adhère au radius; sa consistance est solide, dure, fibroïde et rappelle celle de certaines hyperostoses. Les muscles de l'éminence thénar et du premier espace intermétacarpien sont atrophiés, effacés. Les dépressions que l'on remarque à leur niveau contrastent avec la tuméfaction des parties voisines. Les mouvements du poignet sont possibles et non douloureux ; ceux des doigts sont limités et deviennent douloureux, lorsqu'on les exagère. La circonférence du poignet gauche est de 18 centimètres, celle du poignet droit est de 22 centimètres. Rien du côté des autres articulations. Rien du côté des organes thoraciques ou abdominaux, appétit normal. A part un certain degré d'anémie, l'état général est encore satisfaisant.

20 *octobre*. — Chloroforme. Ignipuncture, au niveau des masses fongueuses dont nous détruisons ainsi, séance tenante, la plus grande partie. Des compresses d'eau fraîche sont appliquées sur la main et sur le poignet. La main et l'avant-bras sont ensuite placés dans une gouttière plâtrée. La face dorsale est seule laissée à découvert. Compression méthodique et badigeonnage de teinture d'iode. Huile de foie de morue, vin de quinquina, iodure de potassium.

Pas de réaction fébrile. L'appareil est maintenu en place pendant un mois. A cette époque la tuméfaction a considérablement diminué.

21 *novembre*. — Nouvelle séance d'ignipuncture. On remet un appareil plâtré jusqu'au 14 décembre. A cette époque le poignet et

la main ont presque repris leur volume normal et le malade quitte le service avec un appareil ouaté compressif.

Obs. CLXXXVIII. — *Tumeur blanche de la main gauche. Teinture d'iode. Ignipuncture, puis résection de l'extrémité carpienne du troisième métacarpien. Guérison.* — Weis (Nicolas), dix-neuf ans, découpeur sur métaux, entre le 27 avril 1877, salle Saint-Augustin, 73. A l'âge de trois ans, abcès froid du dos de la main gauche, suppuration pendant deux ans. Traitement interne antiscrofuleux. La fistule se ferme à l'âge de cinq ans. Persistance du gonflement de la région. Il y a trois mois des douleurs reviennent au même endroit, tuméfaction croissante du dos de la main, cessation du travail. Bientôt le gonflement s'étend à la face palmaire du poignet. Ouverture de deux fistules, l'une sur la face dorsale, l'autre sur la face palmaire du carpe. Les mouvements se limitent puis deviennent impossibles.

27 *avril.* — Déformation de la main, constituée par un gonflement surtout appréciable à la face dorsale ; la région carpo-métacarpienne, est arrondie, convexe et présente le volume d'une moitié d'œuf de dinde ; la tuméfaction se limite très nettement en haut au niveau de l'articulation radio-carpienne ; en bas elle se continue jusqu'à la racine des doigts effilés et conoïdes à leurs extrémités. La face palmaire elle-même déformée, et moins concave qu'à l'état normal. Bourrelet semi-circulaire au niveau des ligaments annulaires du poignet.

La peau est amincie, luisante, bleuâtre sur les parties les plus saillantes, d'un blanc mat à la limite du gonflement, d'un rouge violacé au pourtour des orifices fistuleux. Ceux-ci laissent écouler un liquide séro-sanguin et sont en partie obstrués par des bourgeons charnus pâles et sans vitalité. Au toucher, consistance solide, mais différente de celle du tissu osseux normal ; par places empâtement et fausse fluctuation qui révèlent la présence de fongosités abondantes. Le stylet introduit dans les trajets fistuleux conduit vers l'extrémité supérieure du troisième métacarpien qui est atteinte de carie et en partie recouverte de fongosités. Douleurs modérées et intermittentes, exagérées par la pression et les mouvements provoqués. Les mouvements spontanés sont presque entièrement abolis, aussi bien du côté du poignet que des doigts. Immobilisation de la main sur une palette. Badigeonnages de teinture d'iode. Traitement interne, tonique et reconstituant. Huile de foie de morue, vin de quinquina, sirop d'iodure de fer.

11 *mai.* — Pas de résultats. Ignipuncture.

Mieux notable pendant une semaine. Mais les trajets de cautérisation deviennent pour la plupart fistuleux.

16 *juin.* — Le malade est endormi par le chloroforme, compression digitale des artères radiale et cubitale. Incision longitudinale

sur toute l'étendue du corps du troisième métacarpien; de la partie médiane de cette incision, on en fait partir une seconde dirigée vers le bord cubital de la main et longue de 3 centimètres. Les lambeaux étant ensuite rétractés au moyen de pinces hémostatiques, nous introduisons l'index au fond de la plaie. Cette exploration nous permet de reconnaître que l'articulation carpienne du troisième métacarpien est complètement détruite; les surfaces articulaires dépouillées de cartilages sont en partie cariées et recouvertes de fongosités volumineuses. Nous enlevons ces dernières avec la rugine à mesure qu'elles se présentent. Puis, pendant qu'un aide soulève l'extrémité supérieure du troisième métacarpien au moyen d'une spatule qui prend un point d'appui sur le carpe, nous saisissons cette portion d'os carié avec une pince de Liston, et nous la réséquons; nous l'enlevons ensuite à l'aide d'un davier. Pendant ces diverses manœuvres, nous avons pris soin de ne pas blesser l'arcade palmaire profonde. Après avoir débarrassé la plaie du plus grand nombre des fongosités, nous en rapprochons les lèvres avec deux bandelettes de tarlatane collodionnées.

Deux pinces hémostatiques laissées sur les vaisseaux saignants sont enlevées, sans crainte d'hémorrhagie, deux heures après l'opération. Pansement ouaté compressif pendant vingt-quatre heures.

17 *juin*. — Pansement avec l'eau alcoolisée et continuation de ce pansement pendant le séjour de ce malade à l'hôpital.

13 *octobre*. — Sort complètement guéri.

Obs. CLXXXIX. — *Coxalgie droite avec abduction et rotation en dehors du membre inférieur. Décollement spontané de la tête du fémur. Résection sous-périostée. Guérison.* — Hab (Alphonse), quinze ans, apprenti fondeur, entre le 29 mars 1878, salle Saint-Augustin, 74. Enfant bien constitué. Pas d'hérédité. Ni scrofule, ni tuberculose. A onze ans fièvre typhoïde qui le retint au lit pendant un mois. Après sa convalescence, il commença à travailler à la fonderie, sans être surmené. Bonne hygiène, habitation saine, alimentation suffisante. En janvier 1877, il éprouva sans cause apparente, dans la hanche droite, des douleurs fixes, continues, d'une extrême violence. Le lendemain il fut obligé d'interrompre son travail et de se mettre au lit. Station verticale impossible par suite de la douleur qu'il éprouvait au niveau de l'articulation coxo-fémorale toutes les fois qu'il posait à terre le pied droit. Un médecin appelé dès le troisième jour, porta le diagnostic : coxalgie. On constata dès cette époque une certaine déformation de la cuisse droite, mais pas de raccourcissement du membre. Avant l'apparition des douleurs, le malade jouissait de tous ses mouvements, n'éprouvait nulle gêne pendant la marche et n'avait remarqué aucune tendance à la claudication. Le médecin ordonna : badigeonnages de teinture d'iode sur la région malade; huile de foie de morue à l'intérieur; re-

pos au lit. Pendant un an, c'est-à-dire, jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital, ce traitement fut suivi ponctuellement, mais sans modification aucune. On ne fit ni compression ouatée, ni application d'appareil. Le membre abandonné à lui-même se porta peu à peu dans l'abduction et dans la rotation en dehors. Les mouvements spontanés de la cuisse disparurent complètement. En octobre 1877, un abcès se fit jour, sur la face externe du membre à trois travers de doigt au-dessous du grand trochanter, donna issue à une notable quantité de pus séreux, mal lié, fétide et demeura fistuleux.

29 *mars.* — Le petit malade garde le décubitus dorsal. Il souffre peu lorsqu'il conserve le repos; néanmoins de temps à autre il éprouve au niveau de la hanche droite et dans le pli de l'aine, des douleurs sourdes, profondes, s'irradiant quelquefois vers l'articulation du genou. Le moindre déplacement du tronc exagère ces douleurs ; quant aux mouvements spontanés de l'articulation coxo-fémorale, ils sont totalement abolis. La station verticale est impossible. Le membre inférieur est immobilisé dans une flexion légère avec abduction et rotation en dehors; il semble à première vue notablement plus court que le gauche. Le bassin est dans une situation normale et ne présente ni flexion latérale, ni torsion sur son axe. Il n'existe pas de cambrure lombaire dans l'état de repos. La hanche droite et la partie supérieure de la cuisse sont déformées, beaucoup plus volumineuses que du côté opposé, comme tassées. Le pli de l'aîne est moins accusé qu'à l'état normal; il paraît légèrement soulevé. Le pli fessier est en partie effacé et un peu abaissé relativement à celui du côté gauche. Il existe dans la fosse iliaque externe une saillie anormale, volumineuse, qui exagère les dimensions de la fesse. La colonne vertébrale a sa direction ordinaire et ne présente pas de courbure de compensation. Au toucher, l'épaisseur et le gonflement des parties molles rendent l'examen difficile. Toutefois on peut aisément constater que l'extrémité supérieure du fémur est déplacée. Le grand trochanter a subi un mouvement de rotation en dehors et s'est porté en haut et en arrière dans la fosse iliaque externe; c'est à lui qu'est due la saillie anormale de cette région. La face externe est devenue postérieure; sa face interne ainsi que le col du fémur regardent directement en avant. Quant à la tête fémorale qui, en raison de la situation des parties précédentes, devrait faire saillie du côté du pli de l'aîne, on ne peut la sentir, quelque soin que l'on mette à la chercher. La mensuration vient confirmer les signes d'élévation de l'extrémité supérieure du fémur. Faite comparativement à droite et à gauche, de l'épine iliaque antérieure et supérieure au condyle externe, elle donne un raccourcissemeut de 4 centimètres du côté droit. Les mouvements imprimés à la cuisse se transmettent au grand trochanter, mais n'ont plus comme centre la cavité cotyloïde. Le bassin ne

participe pas à tous les déplacements de la cuisse, comme cela arrive dans certains cas de coxalgie, où la tête du fémur semble faire corps avec l'os iliaque. Il est facile de reconnaître que les deux os sont indépendants. Néanmoins, lorsqu'on presse fortement sur le genou, l'épine iliaque antérieure et supérieure proémine en avant en même temps qu'un peu d'ensellure lombaire se produit. Certains mouvements, la rotation en dehors en particulier, sont beaucoup plus étendus qu'à l'état normal. Tous ces mouvements communiqués sont extrêmement douloureux, aussi ne pouvons-nous les étudier avec détail. En explorant le trajet fistuleux qui siège sur la face externe de la cuisse, à trois travers de doigt au-dessous du grand trochanter le stylet se porte en haut et en dedans, traverse d'abord des tissus fongueux, lardacés, un peu saignants et pénètre ensuite dans l'épaisseur du fémur dont le tissu est ramolli, friable, atteint de carie avancée ; les trabécules osseuses se brisent au passage de l'instrument en produisant une crépitation fine. Malgré l'étendue de ces désordres l'état général est encore satisfaisant, le petit malade est un peu amaigri, mais le système musculaire est bien développé ; les viscères thoraciques et abdominaux sont sains. Toutefois la nutrition ne s'effectue pas normalement dans le membre malade qui présente un certain degré d'atrophie ; la coloration des téguments de la cuisse et de la jambe est moins foncée que du côté opposé ; le système pileux y est moins développé. Si l'on n'intervenait pas énergiquement sous bref délai, nous verrions bientôt survenir les accidents qui accompagnent les suppurations osseuses prolongées : tuberculose, marasme, fièvre hectique, dégénérescence amyloïde du rein, etc.

27 *avril*. — Chloroforme. — Nous faisons sur la face externe de la cuisse, parallèlement à l'axe du fémur, une incision longue de 20 centimètres et profonde de 6. L'instrument traverse des tissus lardacés atteints d'inflammation chronique et des paquets de fongosités baignées de pus, que nous enlevons chemin faisant : nous voyons que les muscles sont décolorés, en voie de dégénérescence graisseuse. Cette incision nous conduit sur la partie antéro-externe du grand trochanter. A l'aide de rétracteurs nous faisons écarter les parties molles afin d'explorer plus facilement l'os et le périoste. Ce dernier est épaissi, infiltré, perforé en plusieurs points qui répondent à des fistules osseuses ; néanmoins il n'est pas assez malade pour que nous songions à l'enlever. A l'aide du doigt et de la rugine nous le décollons sur toute la face externe du grand trochanter. Ce décollement est facile, en raison du peu d'adhérence du périoste à l'os ; puis nous réséquons la lame compacte avec le maillet et la gouge de notre polytritôme. Nous enlevons de même le tissu spongieux qui, dans une grande étendue, est complètement résorbé. Grâce à ces manœuvres, nous enlevons tout le tissu osseux du grand trochanter et du

col, sans trouver de vestiges de la tête de cet os. Nous reconnaissons que la carie descend plus bas sur la diaphyse. Nous incisons alors le périoste au-dessous de la résection sur une nouvelle longueur de 6 centimètres. A ce niveau, nous le détachons et nous procédons comme précédemment à l'ablation de la lame compacte et du diploé; nous constatons au-dessous de ce nouveau tronçon que le périoste et l'os demeurent sains. De cette manière, nous avons fait une véritable résection sous-périostée et le périoste conservé n'a été aucunement altéré. Il servira lui-même de barrière en nous empêchant de blesser les vaisseaux qui l'entourent sur tout son pourtour ; il n'a été incisé que sur la face antéro-externe du grand trochanter. N'ayant pas trouvé la tête du fémur au milieu des parties molles dans l'épaisseur desquelles le grand trochanter s'était porté en se luxant, reste à savoir si elle a été résorbée, comme cela s'observe quelquefois, ou si au contraire elle a été décollée pendant le cours de la maladie et est restée dans la cavité cotyloïde. L'existence des fistules et du foyer purulent qui se dirigent de ce côté et que nous dilatons avec le doigt nous permet de constater immédiatement que la cavité cotyloïde contient en effet la tête qui n'est plus retenue par le ligament rond et qu'il est facile d'extraire au milieu du pus qui l'entoure. Nous reconnaissons que cette tête est nécrosée et décollée au niveau du cartilage diaphyso-éphiphysaire ; de même que le cotyle, elle conserve son cartilage intact.

Pendant l'opération douze pinces hémostatiques ont été appliquées sur les vaisseaux; huit seulement sont laissées en place pendant 24 heures. La plaie est maintenue béante. A deux travers de doigt en avant de notre incision existe le trajet fistuleux qui allait se rendre au fond de la cavité cotyloïde : nous y plaçons un tube à drainage dont nous faisons ressortir à l'autre extrémité par l'angle supérieur de la plaie. Celle-ci est ensuite comblée avec la charpie imbibée d'eau alcoolisée phéniquée. Dès que le malade est reporté dans son lit nous appliquons l'appareil plâtré qui nous sert souvent à maintenir les fractures du fémur et nous plaçons le membre étendu dans une bonne direction. Cet appareil est composé de deux attelles plâtrées mesurant toute la longueur du membre et placées, l'une en avant, l'autre en arrière assez longues pour remonter en avant et en arrière jusqu'au niveau de l'ombilic. Leurs extrémités supérieures sont maintenues fixes dans cette position par une ceinture plâtrée, disposée autour du bassin et de l'hypogastre. La partie fémorale de l'appareil est fixée par des bandes de diachylon.

28 *avril.* — T M = 37°, 8. T S = 38°. P = 100. Le malade supporte bien son appareil. Il n'est pas trop déprimé. Il a passé une bonne nuit et mange avec appétit : potage et rôti. Potion avec teinture d'aconit. Vin de quinquina.

Les bords de la plaie tendant à s'écarter, nous passons près de chacun des angles un fil métallique. Les pansements sont faits avec l'alcool phéniqué injecté par les tubes. Afin d'éviter que les liquides ne s'engagent sous les attelles et dans le lit, non content de garnir celui-ci d'un drap et d'une toile cirée, nous plaçons au-dessous de la plaie, une rangée d'éponges épaisses destinées à recueillir tous les liquides. Les suites de l'opération furent heureuses. Pendant toute la durée de la cicatrisation, qui fut longue, le petit malade n'eut ni fièvre, ni frisson. Toujours la suppuration fut modérée. L'état général, loin de s'aggraver, s'améliora de jour en jour, les forces et l'embonpoint se développèrent.

21 *mai.* — Moins d'un mois après l'opération, le fond de la plaie était complètement comblé par des bourgeons charnus de bon aspect. On put à cette époque enlever les tubes à drainage ; mais on maintint encore le membre dans l'appareil inamovible.

28 *juillet.* — On descend le malade au jardin.

A la fin de septembre l'appareil plâtré fut remplacé par un appareil silicaté, la plaie étant complètement cicatrisée. Le malade commença à marcher avec des béquilles. Il quitta l'hôpital le 17 octobre avec son appareil.

Obs. CXC. — *Coxalgie droite. Résection de la hanche. Guérison.* — Lecœur (Laurent-Pierre), trente-sept ans, journalier, entre le 3 mai 1878, salle Sainte-Marthe, 18. Pas d'hérédité. Adénites cervicales dans l'enfance. Pas de tuberculose. Fièvre typhoïde en 1858. Chancre mou de la verge en 1870 ; nouveau chancre en 1871 ; à la suite de ce dernier, roséole, chute des cheveux, laryngite.

En 1875, début des accidents qui amènent aujourd'hui le malade à l'hôpital. Jusqu'alors il n'avait rien remarqué du côté de la hanche droite ni gêne ni douleur; les mouvements de la cuisse étaient normaux, pas de claudication. A cette époque, il reçut de l'un de ses camarades un coup de pied dans la hanche : attribue à cet accident tous les désordres qui se manifestèrent ensuite. Immédiatement après l'accident vives douleurs au niveau du grand trochanter, exacerbation par la pression et les mouvements de la cuisse, gêne de la marche. Le malade reste au lit pendant vingt-un jours. A sa sortie, les douleurs persistent et s'irradient vers l'articulation du genou, claudication légère qui s'accentue progressivement ; la marche finit par devenir impossible. Il reprend le lit en novembre 1876 ; à cette époque, ouverture spontanée d'un abcès au niveau du grand trochanter. Écoulement abondant d'un pus séreux, mal lié, verdâtre, fétide. L'abcès depuis ce moment est resté fistuleux. Injections de teinture d'iode dans la fistule ; huile de foie de morue à l'intérieur. Ce traitement longtemps continué n'entravant en rien la marche des désordres, le malade demande à entrer à l'hôpital.

3 *mai.* — Le malade étant dans le décubitus dorsal, on constate que le membre inférieur droit (cuisse, jambe et pied) tend à se porter dans l'abduction avec rotation en dehors et qu'il ne repose pas par tous ses points sur le lit ; la cuisse et la jambe sont dans une flexion légère de telle sorte que le genou fait saillie au-dessus de celui du côté opposé. Dans cette attitude, que conserve ordinairement le malade, on n'observe pas de déformation du côté de la hanche, du bassin ou de la région lombaire. Le membre ne paraît pas avoir subi de raccourcissement notable : mais, dès qu'on le ramène dans l'extension en passant sur le genou, on voit apparaître une ensellure lombaire bilatérale très accusée. Les mouvements spontanés de la cuisse sont abolis. Ceux que l'on tente de produire se communiquent à la hanche qui semble faire corps avec le fémur et participer à ses déplacements. La mensuration faite des deux côtés, de l'épine iliaque à la malléole externe, donne un raccourcissement de un centimètre et demi du côté malade. La cuisse est comme atrophiée.

Lorsqu'on fait coucher le malade sur le ventre, le corps prend un point d'appui sur les épaules et sur les genoux, l'abdomen ne repose pas sur le lit. La colonne vertébrale ne présente pas de courbure de compensation, le pli fessier droit est un peu abaissé.

La station verticale est possible ainsi que la marche, mais celle-ci s'accompagne d'une claudication légère. Peu de douleurs spontanées ; la pression au niveau du grand trochanter et du pli de l'aine ainsi que les mouvements provoqués déterminent une vive douleur.

L'exploration du trajet fistuleux que l'on trouve sur la face externe de la cuisse démontre que le grand trochanter est atteint de carie avancée et entouré de fongosités épaisses. Rien d'anormal du côté opposé, le membre inférieur gauche jouit de tous ses mouvements.

Les vertèbres paraissent saines dans toute la hauteur de la colonne vertébrale. Vers la partie moyenne de la région dorsale, à deux travers de doigt, en dehors du rachis, on voit une tuméfaction de la largeur de la main, sans changement de couleur à la peau. Au toucher ce gonflement paraît situé au-dessous des muscles spinaux qu'il soulève ; sa consistance ne diffère pas d'une manière appréciable de celle des parties voisines ; pas de fluctuation ; température normale. Il est probable que cette tuméfaction est due à l'existence d'un abcès froid développé au milieu des couches profondes. L'état général est encore satisfaisant, l'appétit est conservé ainsi que le sommeil, les organes thoraciques et abdominaux sont sains. Néanmoins le malade maigrit et perd ses forces de jour en jour.

Nous avons évidemment affaire à une coxalgie. L'insuffisance des traitements médicaux ; la marche invahissante des désordres, les

troubles qu'entraîne dans l'état général la suppuration prolongée, nous déterminent à satisfaire le désir du malade qui réclame avec instance une opération. A l'aide de l'anesthésie chloroformique, nous constatons que les muscles de la jambe sont seulement contracturés, tandis que ceux de la cuisse sont au contraire rétractés. Lorsque la résolution est complète, nous arrivons presque à porter le membre dans l'extension.

18 *mai.* — Chloroforme. Nous faisons au niveau du bord antérieur du grand trochanter une longue incision verticale, intéressant la peau et les muscles superficiels ; ceux-ci commencent à subir la dégénérescence graisseuse. Le bord antérieur du grand trochanter étant mis à nu, nous constatons que cette tubérosité est saine, mais que le périoste qui recouvre les faces supérieure, antérieure et inférieure du col est décollé. Nous complétons ce décollement à l'aide du doigt et de la rugine, sur toute la circonférence du col, que nous trouvons érodé par la carie jusqu'au petit trochanter. Ceci fait, à l'aide d'une aiguille très courte, munie d'un manche, nous conduisons autour du col, à sa base, un fil et à sa suite une scie à chaîne, qui nous permet de réséquer toute l'extrémité supérieure du fémur, moins le grand trochanter ; puis, à l'aide d'un fort davier, nous saisissons le col et nous l'extrayons en même temps que la tête. Nous trouvons celle-ci en grande partie isolée et remplissant imparfaitement la cavité cotyloïde qui est elle-même remplie de pus, mais non altérée. L'opération est terminée sans que nous ayons besoin d'appliquer de pinces hémostatiques. Le malade est ensuite reporté dans son lit. Le membre est placé dans un appareil plâtré inamovible semblable à celui que nous employons pour maintenir les fractures de cuisses (Voy. obs. précédente). — T S = 38°.

19. — TM = 37°, 6. TS = 38°. P = 92. Quelques nausées dues au chloroforme. Pas d'appétit. Pansement de la plaie avec la charpie imbibée d'eau *alcoolisée* et *phéniquée*. Pas d'hémorrhagie.

20. — TM = 37°, 2. TS = 38°, 4. P = 94. Le malade mange avec appétit : bouillon, viande rôtie. Traitement interne : potion aconit. Vin de quinquina. Sirop d'iodure de fer. Même pansement.

Jusqu'au 28, la température ne dépasse pas 38°, 4 ; l'état général est satisfaisant. Mais contrairement à nos recommandations, le malade retira le drain qui avait été placé dans la profondeur de la plaie ; cette imprudence n'eut dans les premiers jours aucun inconvénient, la plaie étant ouverte ; mais le dixième jour, la cicatrisation ayant marché très rapidement et les bords de la plaie s'étant rapprochés, il y eut stagnation du pus et apparition de symptômes inquiétants. Élévation brusque de la température qui monte à 39°, 2. Accélération du pouls qui bat 112, anorexie complète, sueurs profuses, abattement. Nous plaçons immédiatement, à l'aide d'un trocart, un long

tube à drainage qui passe par la plaie et sort sur la face postéro-externe de la cuisse en une situation déclive. Les accidents déterminés par la rétention du pus cessent immédiatement et la cicatrisation reprend son cours normal sans être entravée par de nouveaux accidents. Elle s'effectue régulièrement des parties profondes vers la surface de la plaie.

19 *juin.* — Nous enlevons le drain, la plaie étant complètement comblée par les bourgeons charnus.

Vers la fin de juillet, le malade commence à se lever dans la salle : on le descend au jardin.

12 *septembre.* — Cicatrisation complète. On remplace l'appareil plâtré par un appareil silicaté. Le malade marche avec des béquilles.

25. — Il quitte l'hôpital.

Obs. CXCI. — *Tumeur blanche du genou; décollement de l'extrémité condylienne du fémur, fongosités tuberculeuses, osseuses et articulaires ; dégénérescence graisseuse des muscles. Amputation de la cuisse. Mort.* — Croizet (Marie), dix-sept ans, sans profession, entre le 11 mai 1878, salle Sainte-Marthe, 39. Mère morte à quarante ans, père vivant et bien portant. La malade n'a eu dans l'enfance aucune maladie grave, néanmoins elle a toujours été d'une santé débile. Elle n'est pas encore réglée, mais elle a souvent des pertes blanches.

Il y a six mois, sans causes connues, arthrite subaiguë du genou gauche : douleurs sourdes, profondes, intermittentes au niveau de l'articulation; exacerbations par la marche, les mouvements brusques et la pression; tuméfaction périarticulaire, avec conservation de la coloration normale de la peau. Bientôt la marche devient complètement impossible, et la malade est obligée de garder le lit. La tuméfaction fait des progrès rapides, la jambe prend une position de flexion forcée sur la cuisse, les douleurs deviennent plus vives. En même temps l'état général s'altère : émaciation, perte des forces, anémie.

11 *mai.* — Le genou gauche est le siège d'une tuméfaction énorme, à surface unie, sans bosselures apparentes, mesurant 26 centimètres de hauteur s'étendant davantage du côté de la cuisse que de la jambe. La circonférence mesure 42 centimètres. La peau est blanche, décolorée, luisante, amincie, mais ne présente ni ulcérations, ni orifices fistuleux ; elle laisse voir par transparence de grosses veines bleuâtres qui serpentent à la surface de la tumeur. Au toucher, la consistance ferme, rénitente et comme sarcomateuse dans la plus grande partie de son pourtour; elle offre en certains points la mollesse des fongosités; en d'autres la dureté de l'os. Il est difficile de distinguer les différents organes que l'on rencontre normalement dans la région ; seule, la rotule est reconnaissable à la partie supérieure et antérieure de la tumeur. Les condyles, déviés en arrière, paraissent

avoir perdu leurs rapports avec la diaphyse du fémur, comme s'il existait une fracture ou un décollement de l'extrémité inférieure de cet os. Les muscles de la cuisse se perdent en s'étalant à l'extrémité supérieure de la tumeur, il est impossible d'en retrouver la trace. Du côté du tibia les désordres sont moins accentués, toutefois l'extrémité articulaire de cet os paraît élargie. Pas de sensation de chaleur ni de battements dans les vaisseaux. Les mouvements de l'articulation sont abolis, la jambe est immobilisée dans la flexion forcée sur la cuisse. Toute la région est douloureuse. Les douleurs sont vives, lancinantes, irradiées vers la cuisse et la jambe, exagérées par la pression. L'état général est déplorable. Émaciation extrême, anémie prononcée ; perte de l'appétit ; souffle anémique du côté du cœur. Le sommet du poumon gauche présente un point d'induration avec craquements humides à l'auscultation, toutefois les désordres sont encore peu marqués de ce côté. La malade ne tousse pas et n'a jamais eu d'hémoptysies. Nous nous résignons à amputer sur les instances du médecin de la famille et des parents de la malade.

18 *mai.* — Chloroforme. Compression préventive avec la bande d'Esmarch. Amputation de la cuisse à l'union des tiers moyen et inférieur, par la méthode circulaire, en appliquant dans tous ses détails le procédé de Lister : Lavages des instruments dans l'acide phénique ; pulvérisation d'une solution phéniquée au 40e pendant toute la durée de l'opération et du pansement. Huit ligatures sont appliquées sur les vaisseaux sectionnés avec des fils de cat-gut phéniqués. Sutures des lambeaux à l'aide de fils de soie enduits de cire phéniquée : 6 points de suture profonde et 15 de suture superficielle. Pansement avec la gaze phéniquée, le protective, etc.

La malade n'a pas perdu 100 grammes de sang. Pendant toute la durée de l'opération qui a été courte, elle a été enveloppée d'alèzes chaudes ; néanmoins et bien qu'on ait cessé d'administrer le chloroforme dès le début du pansement, elle est abattue et d'une pâleur extrême. La température du corps est notablement abaissée. On prend tous les soins désirables pour la réchauffer.

Coupe de la rotule. — Le cartilage est conservé. Le tissu osseux est atteint d'ostéite. Teinte rosée par place, jaunâtre en d'autres points.

Tibia. — Cartilage érodé et détruit par place, intact en d'autres points ; ostéite. Au niveau du bord postérieur on remarque au milieu du tissu spongieux un noyau tuberculeux, arrondi, du volume d'une petite noisette, jaunâtre, isolé par une sorte d'enveloppe propre, fibro-cartilagineuse.

Fémur. — Décollement de l'épiphyse. L'extrémité inférieure de la diaphyse entourée de fongosités et de détritus foncés, brun rougeâtre, fait saillie en avant ; les condyles sont rejetés en arrière,

isolés, enflammés et portent également de petits dépôts tuberculeux. Leur couche de cartilage est intacte.

Synoviale. — Elle est couverte de fongosités, blanches, luisantes, vitrées, infiltrées de points tuberculeux disséminés.

Les *muscles* sont en dégénérescence graisseuse.

Mort le soir même à huit heures, dans le coma. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. CXCII. — *Tumeur blanche tibio-tarsienne et des articulations du pied. Amputation sus-malléolaire. Guérison.* — Porteleau (Henri), trente-sept ans, cultivateur, entre le 15 novembre 1878, salle Sainte-Marthe.

Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, vénériens ou tuberculeux. Jamais de maladies graves. Il y a deux mois, sans cause connue, il éprouva dans le pied gauche, au niveau du tarse, une douleur aiguë, vive, subite, qu'il compare à un coup de fouet. Aussitôt après, impossibilité de la marche ; il est obligé de suspendre ses travaux ; en même temps le pied se tuméfie rapidement. Un abcès se fait au-dessous et en avant de la malléole interne : il est ouvert avec le bistouri huit jours après le début des accidents. Écoulement d'un pus épais et phlegmoneux. L'abcès demeura fistuleux.

Depuis ce moment de nouveaux abcès se sont ouverts au-dessous de la malléole externe et sur le dos du tarse ; mais leur cicatrisation s'est effectuée rapidement. Le malade a eu une poussée d'adénite inguinale aiguë qui s'est terminée par résolution. Pendant l'évolution de ces accidents il a maigri et perdu ses forces.

15 *novembre.* — Tuméfaction énorme du tarse et du métatarse. Sur la face dorsale, la peau est uniformément soulevée, distendue, amincie ; sa coloration est rougeâtre par places, violacée dans d'autres ; elle présente au niveau de la face externe du cuboïde une petite cicatrice qui répond à l'ouverture d'un abcès. La voûte du pied est effacée par la tuméfaction, mais de ce côté les téguments sont normaux. Au côté interne à 2 centimètres au-dessous et en avant du sommet de la malléole tibiale, on trouve une fistule en activité qui laisse continuellement écouler un pus séreux, roussâtre, lie-de-vin, mélangé de grumeaux caséeux. L'exploration de cette fistule à l'aide du stylet conduit en haut et en avant dans la direction des articulations du scaphoïde avec les cunéiformes. L'instrument traverse des masses fongueuses, mollasses, saignantes et est arrêté à une profondeur de 4 centimètres par une surface osseuse dénudée et ramollie.

Au toucher, les parties tuméfiées sont molles et dépressibles, mais ne conservent pas l'empreinte du doigt ; leur consistance élastique donne la sensation de fongosités épaisses, surtout au niveau du cou-de-pied et en avant des malléoles.

L'articulation tibio-tarsienne paraît saine; néanmoins ses mouvements sont limités et déterminent de vives douleurs au niveau du tarse. La marche est impossible; le malade ne peut poser le pied par terre. Rien dans les ganglions inguinaux. Les viscères thoraciques et abdominaux paraissent sains, mais l'état général est profondément altéré. Perte absolue des forces.

16 *novembre*. — Chloroforme. Compression préventive avec la bande d'Esmarch. Amputation sus-malléolaire de la jambe par la méthode elliptique de Marcellin Duval. Perte de sang insignifiante. Huit pinces ont été appliquées pendant l'opération, trois seulement sont laissées dans la plaie. Nous plaçons un tube à drainage au fond de celle-ci et nous réunissons les lèvres des lambeaux à l'aide de 12 points de suture métallique. Pansement phéniqué.

Sur des coupes antéro-postérieures du pied on constate que les articulations des os de la première rangée du tarse avec la seconde ainsi que les articulations tarso-métatarsiennes sont désorganisées. Les unes sont envahies par les fongosités, celles du scaphoïde et des cunéiformes sont pleines de pus. Les os de la seconde rangée du tarse et les extrémités correspondantes des métatarsiens sont atteints de carie. Le périoste, les ligaments et les tendons sont envahis par des masses de fongosités, épaisses, bourgeonnantes, mollasses, saignantes, au centre desquelles on ne trouve pas de points tuberculeux. La dégénérescence fongueuse a atteint la synoviale tibio-tarsienne.

16. — TS = 37°,3.

17. — TM = 38°. TS = 39°. P = 115. On enlève les pinces, pas d'hémorrhagie. Inappétence, le malade ne prend que du bouillon et du vin.

18. — TM = 38°,2. TS = 39°,7. P. = 120. Le malade a beaucoup souffert cette nuit. Insomnie. Il est abattu, fatigué. Bouillon et vin de quinquina.

19. — TM = 38°. TS = 39°. P = 112. Légère amélioration, la nuit a été plus calme. Suppuration modérée par le tube à drainage.

20. — TM = 38°,2. TS = 39°,4. P = 112. On enlève les fils que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnée. Diarrhée légère. Potion au bismuth et au laudanum.

21. — TM = 37°,8. P = 38°,6. Le malade se trouve mieux. Les bords des lambeaux sont réunis dans les 2/3 internes. Suppuration modérée.

Du 22 au 25, la température ne dépasse pas 38°. — A partir de ce moment, elle devient normale. Le malade mange avec appétit; il dort bien et ne souffre plus. L'état général s'améliore, l'embonpoint et les forces renaissent.

9 *décembre*. — Il ne reste plus qu'une plaie superficielle de 3 centimètres que l'on cautérise tous les deux jours au nitrate d'argent.

29. — Cicatrisation complète depuis huit jours. Le malade marche avec un pied artificiel.

Obs. CXCIII. — *Tumeur blanche tibio-tarsienne droite. Ignipuncture. Compression ouatée. Guérison.* — Thierry (Louis), quarante-neuf ans, serrurier, entre le 7 novembre 1877, salle Sainte-Marthe. Bien constitué, sans maladie antérieure, sans antécédents syphilitiques ou héréditaires; bonne santé habituelle.

Il y a trois mois, il ressentit pour la première fois des douleurs dans les mouvements du pied droit. Il ne se rappelle pas avoir jamais fait de chute ni reçu de coup pouvant expliquer ces troubles. Depuis cette époque chaque soir il remarque que le pied droit gonfle et des douleurs vives siégeant au niveau du talon et sur la face dorsale du pied le réveillent parfois.

Depuis deux mois il s'est aperçu d'une petite tumeur du volume d'une noisette, molle, douloureuse à la pression, en arrière de la malléole interne. Ces symptômes ont augmenté progressivement d'intensité.

7 *novembre.* — Gonflement peu sensible de la face dorsale du pied, plus prononcé du côté de la malléole et en arrière où l'on trouve un épanchement du volume d'un œuf de pigeon. Il existe en ce point une tuméfaction bien limitée, donnant plutôt au palper une sensation d'empâtement que de fluctuation définie. La peau a conservé son aspect normal; pas de veinosités. On ne sent de crépitation ni au toucher ni dans les mouvements articulaires. Les os ont conservé leurs rapports anatomiques et ne paraissent pas augmentés de volume. La jambe et le pied ne sont pas amaigris. Douleurs modérées, plus accentuées dans les mouvements du pied surtout dans ceux d'adduction et d'abduction. Douleurs plus vives la nuit. Les mouvements spontanés existent tous, mais le malade ressent de la gêne et une certaine impuissance dans la marche; il est obligé de choisir un terrain où existe une déclivité de gauche à droite, de manière que le bord interne du pied droit se trouve un peu relevé en dedans. Pas de symptômes généraux, pas de fièvre. Les organes thoraciques sont sains.

10 *novembre.* — Application de douze pointes de feu; puis compression ouatée permettant de tenir l'articulation dans l'immobilité. Vin de quinquina. Huile de foie de morue. Sirop d'iodure de fer.

3 *décembre.* — On ôte l'appareil; la tuméfaction a diminué de moitié en arrière de la malléole interne. Pendant qu'il a porté cet appareil, le malade n'a ressenti aucune douleur.

4. — On applique un second appareil.

8. — Le malade quitte le service.

17. — Il revient à la consultation. Il a quitté son appareil depuis la veille et n'a plus de gonflement derrière la malléole. Il marche sans douleurs et sans gêne.

Obs. CXCIV. — *Tumeur blanche tibio-tarsienne droite. Amputation sus-malléolaire à lambeau elliptique.* — Léonard (Charles), trente-un ans, cartonnier, entre le 18 mars 1877, salle Saint-Augustin, 9.

Scrofuleux. Ulcérations nasales dans l'enfance. Venu à Paris à l'âge de six ans. Deux blennorrhagies de 20 à 22 ans. Deux chancres indurés du prépuce en 1870, traités dans un hôpital militaire. Plaques muqueuses à la bouche et à l'anus. Roséole. Depuis lors il a été traité pour des accidents syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis. Successivement chez Besnier (lichen syphilitique) et chez Guibout en 1873. Adénites cervicales suppurées il y a dix-huit mois. Actuellement, deux cicatrices symétriques au-devant du bord antérieur des sterno-mastoïdiens.

Il y a un an, douleurs et gonflement de l'articulation tibio-tarsienne droite et du cou-de-pied, attribués par le malade à un faux pas. Ces symptômes s'aggravent au point d'amener de la gêne, puis l'impossibilité de la marche et du travail.

Il y a sept mois, formation d'un abcès qui est resté fistuleux, vers la base de la malléole interne ; un second trajet fistuleux s'ouvre trois mois plus tard au niveau de la malléole péronière.

8 *mars*. — Déformation et gonflement énormes du tiers inférieur de la jambe et du pied, s'étendant jusqu'au niveau des articulations tarso-métatarsiennes. Autour de l'articulation tibio-tarsienne, bourrelet régulièrement circulaire qui cache les saillies et les dépressions. La peau a dans la plus grande partie de son étendue une coloration blanchâtre.

Sur la malléole interne, deux orifices fistuleux par lesquels s'écoule un pus séreux, mal lié ; autre fistule sur la malléole externe. Les orifices sont en partie cachés par des bourgeons charnus, pâles, exsangues et sans vitalité. Au voisinage, téguments rouges, violacés par places, bleuâtres en d'autres points. Au palper, empâtement diffus du tissu cellulaire et sensation obscure de fluctuation sur la face postérieure de la jambe au niveau du tiers inférieur.

En avant et en arrière de la malléole péronière, crépitation de frai de grenouille qui révèle la présence de fongosités abondantes.

Recherchant l'état du squelette et des articulations, nous introduisons dans les différents trajets fistuleux un stylet qui ne rencontre pas les os ; les fistules internes conduisent du côté du tendon d'Achille ; la fistule péronière vers la face interne de l'astragale ; toutes deux sont sous-cutanées.

Ce fait ne suffit pas pour nous démontrer l'intégrité du squelette. Nous savons en effet que les trajets fistuleux sont d'ordinaire sinueux et difficiles à explorer au moyen d'un instrument rectiligne.

26 *mai*. — Compression avec la bande d'Esmarch. Incision cur-

viligne, terminée en T, au-dessous de la malléole interne, et traversant les fistules. Les tissus de ce côté sont épaissis, infiltrés et comme lardacés, les bords antérieurs et postérieurs de la malléole sont recouverts par une masse de fongosités épaisses. A la partie postérieure de l'incision, l'index pénètre facilement dans un trajet fistuleux situé entre la malléole interne et le tendon d'Achille et conduisant sur des surfaces articulaires cariées qui répondent plutôt à l'articulation tibio-astragalienne qu'à la sous-astragalienne. Une incision semblable est faite au-dessous de la malléole péronière et comprend la fistule externe; de ce côté, on constate que les os et les articulations sont dans un état analogue.

Bien que cette exploration démontre que l'articulation tibio-tarsienne est détruite par la carie et les fongosités, elle ne nous permet pas d'affirmer si l'astragale est prise dans toute son épaisseur et si l'articulation sous-astragalienne est également malade. Toutefois l'étendue des désordres démontre que le traitement général anti-scrofuleux et antisyphilitique aurait complètement échoué de ce côté, et nous porte à éloigner la résection de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, comme insuffisante. Pour obtenir la guérison par cette méthode, il faudrait enlever en outre l'astragale : de là, suppuration presque interminable qui épuiserait les forces du malade.

L'amputation sus-malléolaire permet seule d'espérer une guérison prompte, nous la pratiquons par la méthode elliptique à lambeau postérieur, de M. Duval, en ayant soin de bien égaliser les lambeaux qui résultent de nos premières incisions. Nous les disséquerons ensuite par leur face profonde.

Ce premier temps de l'opération nous permet de reconnaître qu'il existe une collection purulente sous-cutanée à la face postérieure de la jambe et qu'elle remonte assez haut au-dessous de notre lambeau, condition désavantageuse pour le travail ultérieur de cicatrisation. Nous enlevons les bourgeons charnus qui tapissent l'abcès, de manière à tarir, le plus possible, cette source pyogénique sur le lambeau ; quand la dissection est suffisante, nous faisons la section des parties molles sous-jacentes, puis nous détachons par un trait de scie le tibia et le péroné au-dessus des malléoles. L'opération terminée, nous essuyons la surface de section des os, et nous nous assurons qu'elle n'est pas malade, puis nous rapprochons les bords du lambeau de manière à les réunir au moyen de six points de suture.

Nous avons soin de ménager, à la partie déclive, une ouverture suffisante pour l'introduction d'un tube à drainage destiné à faciliter l'écoulement du pus. Huit pinces hémostatiques laissées en place sur les vaisseaux les plus importants nous mettent à l'abri de toute hémorrhagie. Pansement avec la charpie imbibée d'eau alcoolisée.

La coupe longitudinale du pied nous démontre que l'articulation

tibio-tarsienne est très altérée. Dans les points qui ne sont pas recouverts de fongosités, les cartilages sont érodés ou décollés. Les os sont le siège d'ostéite condensante. Toutes les parties molles avoisinantes sont lardacées.

27. — T M = 37°,6. T S = 38°, 2. P = 120. On enlève les pinces hémostatiques. Pas d'hémorrhagie. Même pansement.

28. — T M = 36°. T S = 38°. P = 108. Le malade mange avec appétit.

29. — T M = 37°,2. T S = 38°. P = 98. Même état. Nuit bonne ; appétit, suppuration modérée.

31. — Les points de suture sont enlevés et remplacés par des bandelettes de tarlatane collodionnées.

6 *juin.* — Cicatrisation en bonne voie. Les bords de la plaie sont réunis dans la plus grande partie de leur étendue ; les extrémités sont recouvertes de bourgeons charnus volumineux que l'on cautérise au nitrate d'argent.

16. — Se plaint de douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne du côté amputé.

25. — Abcès sur la face antérieure du lambeau.

27. — Marche avec des béquilles.

2 *juillet.* — Cicatrisation avancée.

27. — Sort guéri.

Il rentre en août dans notre service. Il existe au niveau de la face antérieure du tibia une fistule verticale dans laquelle le stylet disparaît complètement. Contre-ouverture au niveau du cul-de-sac supérieur, passage d'un drain. Injections iodées. Guérison rapide.

Obs. CXCV. — *Tumeurs blanches tibio-tarsiennes et des articulations du pied gauche. Amputation sus-malléolaire. Mort de dégénérescence graisseuse des principaux viscères cent un jours après l'opération.* — Roux (Pierre), quarante-cinq ans, joaillier, entre le 20 novembre 1876, salle Sainte-Marthe, 12. Scrofuleux. Syphilis à vingt ans, pas d'accidents consécutifs graves. Deux blennorrhagies dans la jeunesse. Rhumatisme articulaire, il y a trente ans, localisé à l'épaule gauche. Pas d'affection du cœur.

Il y a six mois, sans qu'il y ait eu précédemment de choc violent ou d'entorse, le malade ressentit dans le pied gauche une douleur vague, profonde, qui fut suivie de gêne dans les mouvements et dans la marche. Bientôt ce phénomène s'accentua : chaque fois que le poids du corps portait brusquement sur le pied gauche, ce malade éprouvait une douleur qu'il compare à un coup de fouet. A la même époque il remarqua que le pied gauche était plus volumineux que le droit : cette augmentation portait exclusivement sur le pied; jamais il n'y eut œdème de la jambe.

Pendant quatre mois les symptômes s'aggravèrent. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne devinrent douloureux, puis se

limitèrent. Le malade ne pouvait se tenir debout par suite de la douleur que la station verticale provoquait dans le pied et d'une inflammation aiguë qui se déclara. Il entra, il y a deux mois, dans le service de Guyon, qui appliqua des pointes de feu. Apparition d'abcès sous la peau. Ouverture des poches purulentes par la pâte de Vienne et par le bistouri, passage de drains. Suppuration abondante.

20 *novembre.* — Le pied gauche est déformé par une tuméfaction qui porte principalement sur le tarse et le métatarse. La peau est lisse, tendue, d'un blanc mat par places, rouge, violacée au voisinage des orifices fistuleux. Ceux-ci, au nombre de quatre, sont situés : l'un en avant de la malléole interne, il conduit vers l'articulation tibio-tarsienne, ses bords sont décollés sur une étendue de 3 centimètres ; le second au-dessous de la même malléole, il se dirige vers cette épiphyse qui semble saine; le troisième sur le bord extérieur de la malléole péronière, il chemine sous les téguments vers la plante du pied ; le quatrième sur la face externe du calcanéum, il est sous-cutané. Toutes ces fistules ne se sont pas ouvertes spontanément, mais ont été produites par le bistouri ou la pâte de Vienne. La pression donne par places la crépitation de frai de grenouille et révèle la présence de fongosités abondantes ; dans d'autres points elle fournit une sensation très nette de fluctuation et produit l'écoulement d'un pus abondant par les orifices fistuleux.

La suppuration semble avoir envahi toutes les articulations du tarse et du métatarse. L'articulation tibio-tarsienne, moins malade, est encore le siège de quelques mouvements très limités. Le pied est dans la flexion, néanmoins il n'y a pas de contracture des fléchisseurs. Atrophie commençante de la jambe gauche.

Outre l'affection du pied, le malade porte depuis trois semaines à l'épaule gauche un abcès froid qui s'étend jusqu'à l'extrémité supérieure de l'humérus. Passage d'un drain dans ce dernier abcès, injections iodées. Traitement général antisyphilitique et antiscrofuleux sans résultats.

2 *décembre.* — Cédant aux instances du malade qui s'affaiblit de jour en jour, nous nous décidons à l'amputation.

Chloroforme. Nous commençons par débrider les trajets fistuleux afin d'examiner plus facilement l'état des os et des articulations. Nous constatons que les os du métatarse sont malades ; que leur tissu est ramolli, imbibé de pus, et qu'il s'écrase en partie sous le doigt. L'articulation du cuboïde avec le calcanéum contient du pus.

Nous tentons d'abord l'amputation sous-astragalienne en nous réservant de modifier l'opération, si les désordres remontent plus haut. Dans ce but nous faisons une incision qui commence à un centimètre au-dessous de la malléole externe, remonte en avant à deux travers de doigt au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne, se dirige

ensuite à trois travers de doigt au-dessous de la malléole interne et passe sous la plante du pied pour aller rejoindre son origine.

Ainsi que nous l'avions prévu, nous trouvons l'astragale cariée en partie et l'articulation tibio-tarsienne altérée. Nous disséquons alors les parties molles qui recouvrent les malléoles afin de transformer l'amputation sous-astragalienne en sus-malléolaire. Nous taillons ensuite un lambeau elliptique, dont nous rapprochons les bords à l'aide de cinq points de suture. Nous prenons soin de ménager à la partie déclive une ouverture suffisante pour l'écoulement du pus et l'introduction des mèches de charpie. Pansement alcoolisé. T S = 37°,8, P = 80.

3. — Nous enlevons trois pinces hémostatiques laissées pendant vingt-quatre heures dans la plaie. T M = 38°,6. P = 120. T S = 37°,6. Teinte de sphacèle sur le lambeau.

4. — T M = 38°,8. T S = 35°. Eschare très étendue du lambeau plantaire.

5. — T M = 37°,6. T S = 38°. On enlève la partie sphacélée avec des ciseaux. Ablation des points de suture. Rapprochement des lèvres de la plaie à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnées.

6. — T M = 37°. T S = 37°,4.

10. — État local satisfaisant, appétit et sommeil normaux. L'abcès froid de l'épaule qui a été traité jusqu'à ce jour par les injections iodées est complètement fermé.

14. — Nuit mauvaise, vives douleurs au niveau du moignon. T = 38°,6. Nouveau point de sphacèle sur le côté externe du lambeau.

15. — T = 38°. On enlève la partie sphacélée avec des ciseaux. Badigeonnage de la plaie avec le perchlorure de fer.

16. — Mieux sensible, température normale. A partir de ce moment la cicatrisation s'effectue sans accident, mais lentement. L'état général est déplorable et, malgré un traitement interne des plus énergiques le malade ne reprend pas de forces.

Vers la fin de février, la plaie étant fermée, nous engageons le malade à retourner chez lui. Il refuse; sous l'influence de l'air vicié de l'hôpital, la santé continua à s'altérer.

13 *mars*. — Mort. L'autopsie nous révèle la dégénérescence graisseuse des principaux organes : cœur, foie, reins, épiploons.

Obs. CXCVI. — *Tumeur blanche du pied. Amputation sus-malléolaire. Guérison* (Collection particulière. Pièce 369). — Gittard (Alfred), dix-sept ans, domestique, entre le 22 mai 1878, salle Sainte-Marthe, 94. Pas d'hérédité. Lymphatisme, chapelets ganglionnaires cervicaux dans l'enfance. Pas de maladies graves antérieures.

Il y a dix mois, sans cause connue, gêne dans les mouvements du pied droit et tuméfaction du dos du pied sans changement de colo-

ration des téguments. Ces phénomènes s'exagèrent progressivement. La tuméfaction s'étend principalement du côté du métatarse et dans les régions sous-malléolaires : en même temps apparaissent des douleurs sourdes, lancinantes, continues, exagérées par la pression, les mouvements et la marche. Bientôt le malade est obligé de garder le lit.

Il y a un mois, un abcès ouvert spontanément au-dessous et en avant de la malléole externe, donne issue à 20 grammes d'un pus grumeleux, d'odeur fade, et demeure fistuleux.

22 *mai*. — Les fonctions du pied sont abolies. Les douleurs spontanées ont disparu, mais elles reparaissent dès que le malade essaie de faire mouvoir les orteils et sont surtout accentuées à la moitié externe du tarse et du métatarse. Le pied est déformé par une tuméfaction qui occupe les régions péri-malléolaires, la voûte et le dos du tarse, le métatarse et la racine des phalanges. En tous ces points la peau est tendue, amincie, blanchâtre, et laisse voir par transparence de grosses veines, bleuâtres, sinueuses, dilatées.

A 3 centimètres au-dessous et en avant de la malléole externe, on trouve un orifice fistuleux, unique, qui laisse écouler continuellement un pus séreux, mélangé à des grumeaux blanchâtres et dont les bords sont violacés, amincis, décollés : ce décollement mesure de 1 à 2 centimètres au pourtour de la fistule. Celle-ci, explorée à l'aide d'un stylet, conduit dans l'articulation calcanéo-cuboïdienne qui est pleine de pus. Le palper reconnaît que les désordres portent principalement sur la moitié externe du pied ; que les mouvements des articulations de la première rangée du tarse avec la seconde et de celles du tarse avec le métatarse sont beaucoup plus étendus qu'à l'état normal, comme si les ligaments étaient détruits ; que la tuméfaction est dépressible, œdémateuse, fluctuante au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne et de celle du tarse avec le cinquième métatarsien mollasse comme fongueuse dans tous les points qui répondent aux corps des os correspondants.

L'état général est encore satisfaisant ; néanmoins le malade maigrit et perd ses forces ; la suppuration prolongée a déterminé une anémie notable et bien que les organes thoraciques et abdominaux soient sains, il est à craindre qu'ils ne tardent pas à s'altérer.

15 *juin*. — Chloroforme. Hémostasie préventive avec l'appareil d'Esmarch. Amputation sus-malléolaire par la méthode de M. Duval, en appliquant dans tous ses détails le procédé antiseptique de Lister, pulvérisation phéniquée, ligature des artères avec des fils de cat-gut, etc. Les bords du lambeau sont réunis par treize points de suture métallique après que l'on a placé dans la plaie un tube en caoutchouc dont les bouts sortent aux extrémités interne et externe de la plaie.

La coupe du pied amputé montre que les os sont ramollis et que les articulations sont envahies par des fongosités vitreuses. L'astragale et les deux tiers postérieurs du calcanéum sont le siège d'une ostéite raréfiante; leur surface de section est d'un rouge vif. Le tiers antérieur du calcanéum et le cuboïde dans toute son étendue, ainsi que l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien sont raréfiés et contiennent des fongosités infiltrées de graisse et de pus.

L'articulation calcanéo-cuboïdienne et celle du cuboïde avec le cinquième métatarsien sont désorganisées et pleines d'un pus verdâtre, mélangé à des grumeaux jaunâtres, d'aspect caséeux. Les cartilages sont érodés ou détruits en plusieurs points; les ligaments ont disparu. Les parties molles avoisinantes et particulièrement le périoste sont envahis par les fongosités, si bien que celui-ci offre en certains points une épaisseur de 1 centimètre et demi.

16 *juin.* — T M = 38°,5. T S = 39°,5. P = 130. Anorexie. Céphalalgie, malaise général. Pansement de Lister.

17. — T M = 38°,6. T S = 39°,6. P = 100. L'état général est un peu meilleur, le malade mange avec appétit. Bouillon et œufs; même pansement.

18. — T M = 38°,3. T S = 38°,8. P = 120. Tuméfaction violacée des bords du lambeau, douleurs assez vives à ce niveau. État général satisfaisant.

19. — T M = 37°,6. T S = 38°,2. P = 98. Les douleurs ont diminué. On enlève trois fils.

20. — T M = 37°,4. T S = 38°. P = 92. On enlève cinq fils. La réunion par première intention est obtenue dans la plus grande étendue des lèvres de la plaie. Suppuration modérée par le drain.

A partir de ce moment température et pouls normaux, pas d'accidents généraux. Les derniers fils sont enlevés les jours suivants et remplacés par des bandelettes de tarlatane collodionnées.

2 *juillet.* — Décollement de l'angle interne de la plaie sur une étendue de 3 centimètres. La peau est violacée et paraît peu vivace.

Les jours suivants, cautérisation au nitrate d'argent et rapprochement des parties décollées à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnées.

15. — T = 38°,4. Céphalalgie, malaise général. Un abcès s'est développé au côté externe du moignon. Passage d'un drain.

28. — La cicatrisation de la plaie est complète, mais le drain donne toujours du pus.

Le malade passe dans nos salles d'isolement. L'état général s'améliore, mais de nouveaux abcès se développent autour du moignon et restent fistuleux, malgré les injections quotidiennes de teinture d'iode et le traitement général.

23 *décembre*. — Le malade rentre dans nos salles. Le moignon est tuméfié, enflammé ; il porte cinq trajets fistuleux en activité.

26. — On passe six petits drains par les fistules afin de mieux faire les injections iodées. Tous les deux jours on cautérise profondément avec le nitrate d'argent.

6 *janvier*. — Légère amélioration. Le malade a eu pendant quatre jours une diarrhée que l'on arrête à l'aide d'une potion au bismuth. Les fistules se tarissent très lentement. La tuméfaction inflammatoire de la peau persiste.

2 *février*. — On enlève les drains.

8. — Petit abcès à l'angle interne du moignon. Ouverture avec le bistouri. Cataplasmes.

16. — Issue par la plaie d'un séquestre du volume d'un haricot. L'une des faces du fragment représente la surface du tibia ; le bord inférieur représente la surface de section faite par la scie.

Depuis lors la cicatrisation a marché régulièrement et le malade est sorti guéri.

Obs. CXCVII. — *Tumeur blanche et carie tuberculeuse du pied droit. Amputation. Erysipèle; Sphacèle des lambeaux ; Résections des extrémités nécrosées du tibia et du péroné. Mort par tuberculose pulmonaire.* — Petit (Etienne), trente-six ans, boucher, entre le 12 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 5. — Pas d'hérédité, pas de scrofule ; ni syphilis, ni tuberculose. Variole en 1870. Jamais d'autres maladies graves.

Il y a quatre mois il remarqua que le pied droit devenait douloureux pendant la marche et se tuméfiait à la fin de la journée. Bientôt un volumineux abcès se développa à sa face interne, au-dessous de la malléole : cet abcès fut ouvert à l'aide du bistouri et donna issue à une grande quantité de pus épais, crémeux, mélangé de sang. L'ouverture, au lieu de se cicatriser, demeura fistuleuse et laissa écouler une sérosité purulente mélangée de débris caséeux. Deux mois et demi après le début des accidents, un nouvel abcès s'ouvrit au niveau de la face interne de la malléole tibiale et, comme le précédent, demeura fistuleux. Le malade fut traité en ville par les badigeonnages et les injections de teinture d'iode et par la compression ouatée. Malgré ce traitement, les accidents firent des progrès.

12 *novembre*. — Le pied droit est déformé par une tuméfaction considérable qui est surtout accusée au pourtour de la malléole interne, sur le dos du tarse et en avant de l'articulation tibio-tarsienne. La voûte du pied est effacée et se trouve sur le même plan que la tête des métatarsiens. Sur tous ces points la peau est amincie, tendue, pâle ou bleuâtre par places, violacée au pourtour des fistules ; elle laisse voir, par transparence, un réseau veineux sous-cutané, dilaté, gorgé de sang. Il existe deux fistules en activité : l'une siège au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, à l'union des faces

interne et plantaire, au-dessous et en avant de la malléole interne ; l'autre à la base de la malléole tibiale, au voisinage de son bord postérieur. La première de ces fistules est tapissée par des fongosités volumineuses, pâles, atones, mollasses, saignant facilement, l'autre est entourée de tissus plus décolorés encore ; et d'une peau violacée, déchiquetée, décollée sur une étendue de 1 à 2 centimètres. Le stylet introduit dans la fistule inférieure pénètre profondément dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne, dont les surfaces osseuses dénudées, ramollies, friables, en voie de résorption, cèdent sous la pression du stylet en produisant une crépitation fine. L'autre fistule suit un trajet sous-cutané, qui conduit le stylet vers la face dorsale du tarse, en contournant la face interne de la malléole tibiale ; mais ce trajet est tellement sinueux qu'il est impossible de l'explorer en entier. L'examen est très douloureux et fait pousser des cris au malade. Au toucher toutes les parties tuméfiées ont une consistance mollasse rénitente, caractéristique de fongosités qui paraissent avoir envahi le périoste et les parties molles du tarse, ainsi que la synoviale de l'articulation tibio-tarsienne. Les mouvements du pied sont limités et douloureux. Le malade ne peut conserver la position verticale ; il est obligé d'interrompre son travail et demande avec instance une opération.

29 *décembre*. — Chloroforme. Compression préventive avec l'appareil d'Esmarch. Nous faisons l'amputation de la jambe à trois travers de doigt au-dessus des malléoles, en taillant les lambeaux par la méthode elliptique de M. Duval. L'opération ne présente rien de particulier. Sur huit pinces hémostatiques appliquées temporairement trois seulement sont laissées pendant vingt-quatre heures pour faire l'hémostasie définitive. Un drain est placé transversalement au fond de la plaie. Nous suturons les lambeaux à l'aide de dix fils métalliques. Pansement avec la tarlatane phéniquée. T S = 38°,6.

Sur une coupe, l'état du pied justifie pleinement l'opération. L'articulation tibio-tarsienne est le siège d'arthrite fongueuse et les articulations des os du tarse contiennent du pus. Celle de l'astragale et du scaphoïde est ouverte et communique avec les fistules. La tête de l'astragale, le scaphoïde et les cunéiformes sont atteints de carie tuberculeuse avancée.

30. — T M = 38°. T S = 38°,8. P = 120. On enlève les pinces ; pas d'hémorrhagie. Lavages par le drain avec l'eau alcoolisée et phéniquée. Le malade a passé une mauvaise nuit. Pas d'appétit.

31. — T M = 38°. T S = 38°,6. P = 100. Même pansement. Alimentation : viande rôtie, bouillon, vin de quinquina. Rhum. Potion avec l'aconit.

1er *janvier*. — T M = 37°,4. T S = 38°. P = 96. Suppuration modérée, même pansement.

2. — T M = 37°,8. T S = 37°,6. P = 94. On enlève les fils. Les

lambeaux sont réunis par première intention à la partie antérieure et au niveau du tiers moyen. Pansement unissant avec des bandelettes de tarlatane collodionnées. On laisse en place le tube à drainage.

3. — T M = 37°,6. T S = 37°,8. Le malade se trouve bien, mange avec appétit, souffre peu, sinon au moment des pansements.

A partir de cette époque la température devient normale ; l'état local et l'état général sont plus satisfaisants et la cicatrisation s'achève rapidement.

20. — Petits frissons répétés. Malaise général. Nausées. T = 38°,6. P = 98. Le moignon s'endolorit ; il rougit au niveau de la face antérieure et la suppuration se tarit. Erysipèle. Le malade est transporté dans nos salles d'isolement. On badigeonne le moignon avec un mélange d'éther et de térébenthine à parties égales.

L'érysipèle dure dix jours, détermine des désordres irréparables du côté du moignon. Les lambeaux se sphacèlent dans l'étendue de quatre travers de doigt et laissent à découvert les extrémités inférieures du tibia et du péroné sur une étendue de 2 centimètres 1/2. Suppuration abondante. On rapproche le plus possible les parties molles à l'aide d'un pansement approprié, afin de recouvrir les os.

Malgré les soins qu'on apporte au pansement la suppuration détruit les bourgeons charnus qui recouvrent les os et met ceux-ci complètement à nu.

23 *février*. — Chloroforme. Nous réséquons les extrémités inférieures du tibia et du péroné et nous rapprochons les parties molles de manière à les recouvrir complètement.

A la suite de l'érysipèle, le malade a perdu ses forces, il a eu des sueurs nocturnes. Il tousse peu, mais il expectore des crachats nummulaires purulents. L'examen du thorax révèle les signes d'une phtisie à marche rapide.

2 *mars*. — Le moignon a bel aspect : les parties molles se sont réunies au-devant des os et forment une cicatrice déprimée et rayonnée. Les angles du moignon continuent à donner lieu à une suppuration modérée et sont recouverts de bourgeons charnus de bonne nature. Mais les progrès de la phtisie ne peuvent être entravés. Anémie profonde. Émaciation. Sueurs profuses. Diarrhée se reproduisant d'une façon intermittente malgré le traitement. Mouvement fébrile à exacerbations vespérales.

23. — Le moignon est cicatrisé, cependant le malade succombe à une tuberculose aiguë.

L'autopsie démontre l'existence de cavernes du volume du poing aux deux sommets, avec adhérences pleurales correspondantes.

Obs. CXCVIII. — *Tumeur blanche du pied gauche, avec ulcération et fistule au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.* — Caze (Désiré), quarante-cinq ans, journalier, entre le 26 mars 1878,

salle Sainte-Marthe, 8. Forte constitution. Pas d'hérédité. Chapelets ganglionnaires dans l'enfance. Pas d'accidents vénériens. S'enrhume facilement l'hiver ; a eu plusieurs bronchites. Il y a trente-deux ans, deux hémoptysies successives ; chaque fois il rendit un verre de sang pur. Depuis il remarqua fréquemment des filets de sang dans ses crachats et eut des sueurs nocturnes peu abondantes. Pas d'amaigrissement sensible, ni de perte des forces. Système musculaire bien développé. Pas de diarrhée. L'examen du poumon révélait des signes de bronchite, mais pas de traces évidentes de tuberculose.

Il y a trois ans, le pied gauche devint sensible ; il se tuméfiait pendant la journée et reprenait son volume par le repos. La peau avait conservé sa coloration normale lorsque, il y a deux ans, elle s'amincit et devint rouge au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Un abcès s'ouvrit spontanément à ce niveau et demeura fistuleux, donnant issue à un pus d'abord épais et blanchâtre, puis séreux, mal lié, chargé de grumeaux caséeux. Ce processus morbide évolua sans déterminer de douleurs. Peu à peu la peau s'ulcéra au pourtour de la fistule, pendant que le gonflement envahissait d'une manière continue le métatarse, le tarse et le pourtour de l'articulation tibio-tarsienne. Le malade ne pouvant plus continuer son travail demande à entrer à l'hôpital.

26 *mars*. — Le pied gauche est tuméfié en totalité jusqu'à la base des malléoles, la cambrure du tarse est exagérée, la voûte plantaire est effacée. La peau présente partout une pigmentation rouge-brun. Au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, existe une ulcération circulaire, de 3 centimètres de diamètre dont le fond, peu vivace, d'une coloration ocreuse, violacée, est hérissé de petits bourgeons charnus peu proéminents, baignés de sanie purulente. En arrière on remarque un orifice fistuleux, déprimé, qui donne issue à un liquide grumeleux et à de petits séquestres. Les bords de l'ulcération, plus élevés que le fond, sont décolorés, irréguliers, comme déchiquetés ; en plusieurs points ils sont décollés. Le stylet introduit dans la fistule arrive sur la tête du métatarsien qui est ramollie, friable, et se brise au passage de l'instrument. La carie semble s'étendre au loin vers le corps du métatarsien. Au toucher la tuméfaction est molle, fongueuse, élastique, et ne conserve pas l'empreinte du doigt comme dans l'œdème ; en aucun point on ne trouve de fluctuation. Les mouvements des orteils sont conservés et non douloureux, à l'exception de ceux du pouce. L'articulation tibio-tarsienne paraît intacte, toutefois ses mouvements semblent gênés et un peu limités. En résumé, la carie du premier métatarsien est manifeste, mais reste à savoir si, comme nous le craignons, les os et les articulations du voisinage sont envahis par les fongosités.

13 *avril*. — Chloroforme. Nous faisons au niveau du premier méta-

tarsien une incision longitudinale assez longue pour nous permettre de faire l'ablation de cet os et du premier orteil ; chemin faisant, nous pourrons juger de l'état des parties voisines et, s'il y a lieu, nous modifierons le manuel opératoire. Cette incision exploratrice nous montre que le second métatarsien est le siège d'une carie avancée et que les synoviales articulaires sont envahies par des fongosités très développées. L'exploration avec le doigt révèle qu'il en est de même des os et des articulations du tarse, qu'il est impossible de les conserver. Ces désordres sont tels qu'ils nous décident à appliquer la bande d'Esmarch et pratiquer l'amputation sus-malléolaire. La sous-astragalienne elle-même serait insuffisante, ainsi que l'indique le ramollissement de l'astragale et la présence de fongosités abondantes qui remontent très haut. Nous laissons un lambeau plantaire suffisamment long, pour avoir une ressource contre le sphacèle de son extrémité libre qui se produit habituellement. Nous affrontons et nous suturons ensuite les six fils métalliques, après avoir placé un drain transversal dont les bouts sortent aux extrémités de la plaie, vers la partie déclive. Six pinces hémostatiques sont laissées à demeure sur les vaisseaux pendant vingt-quatre heures.

14 *avril.* — T M = 38°. T S = 38°,6. P = 112. Nuit assez calme. Pas d'appétit. Bouillon. Vin de quinquina avec teinture d'aconit. On enlève les pinces ; pas d'hémorrhagie. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif.

15. — T M = 37°,6. T S = 38°,3. P = 100. Le malade n'a toujours pas d'appétit. Bouillon, œufs, vin de quinquina, même pansement.

16. — T M = 38°. T S = 38,°4. P = 100. Douleurs vives au niveau du moignon. Suppuration à peine appréciable. Les bords du lambeau paraissent adhérents.

17. — T M = 38°. T S = 38°,6. P = 110. Pas d'appétit. Constipation. Sommeil troublé par les douleurs que le malade éprouve au niveau du talon. On enlève trois fils. Le lambeau est en partie réuni au niveau de son bord antérieur. Mais en arrière, au niveau du talon, il présente une teinte verdâtre de mauvais augure.

18. — T M = 37°,8. T S = 38°,4. P = 108. Même état. On enlève les derniers fils. Réunion complète des lèvres du lambeau. Sphacèle du talon.

22. — Chute de l'eschare qui laisse à nu toute la moitié postérieure du moignon. Seule la lèvre antérieure du lambeau sur une largeur de 3 centimètres reste adhérente au moignon. La surface dénudée est couverte de bourgeons charnus rosés et vivaces.

T = 37°. P = 92. L'appétit est revenu. Sommeil plus calme.

3 *mai.* — Greffes épidermiques au nombre de quatre sur divers points de la surface bourgeonnante.

15. — Une seule greffe a réussi ; elle occupe le centre de la plaie

et rayonne vers la périphérie. Température et pouls normaux. État général satisfaisant.

22. — La cicatrisation est très avancée; il ne reste qu'une plaie transversale large de 3 centimètres et recouverte de bourgeons charnus exubérants. Cautérisation au nitrate d'argent. Pas d'inflammation. Pas d'abcès de voisinage. Pas de fistule.

12 *juin.* — La cicatrisation est presque complète; le malade se lève, marche avec des béquilles et descend au jardin.

29. — Il sort guéri marchant avec un appareil.

Obs. CXCIX. — *Tumeur blanche du pied. Amputation sus-malléolaire. Guérison rapide.* — Gervis (Nicolas), soixante et un ans, mécanicien, entre le 7 juin 1878, salle Sainte-Marthe, 28. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, vénériens ou tuberculeux. Constitution robuste. Bonne santé habituelle.

Il y a dix-huit mois, il fut écrasé sous une voiture pesant 6,000 kilogrammes, le côté gauche du corps portant sur le sol. Le médecin appelé aussitôt après l'accident constata : fracture de l'humérus droit à la partie moyenne; fractures des sixième, septième et huitième côtes droites; contusions multiples du côté gauche du pied. Aucun phénomène notable ne se produisit pendant les quatre mois de séjour au lit que nécessita la guérison. Mais dès que le malade voulut reprendre ses travaux, il remarqua que le pied gauche devenait le siège d'une tuméfaction notable et de douleurs sourdes, contusives, toutes les fois qu'il touchait le sol. Le gonflement s'étendit rapidement à toute la face dorsale du pied et aux régions péri-malléolaires, tout en restant plus marqué à la partie externe. De plus, la peau, qui avait conservé sa coloration sur tous les autres points, devint rouge, tendue, luisante au-dessous de la malléole externe.

Au mois d'août dernier, un abcès s'ouvrit en ce point, donna issue à 20 grammes d'un pus séreux mélangé à des grumeaux caséeux et à des séquestres de carie et resta fistuleux. A partir de ce moment la marche devint presque impossible. Un autre abcès s'est ouvert, il y a un mois, au voisinage du précédent et, comme lui, demeura fistuleux. Les badigeonnages et les injections de teinture d'iode n'ayant amené aucun résultat, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

7 *juin.* — Le pied gauche est complètement déformé par une tuméfaction, qui s'étend de la racine des orteils à la base des malléoles, portant à la fois sur les faces dorsale et plantaire. La voûte du pied est effacée, les saillies des malléoles ont disparu au milieu du gonflement. La peau est blanche, tendue, luisante, parcourue par un réseau très apparent de veines bleuâtres. A la face externe du pied on voit deux orifices fistuleux situés l'un au-dessus, l'autre en avant de la malléole péronière; tous deux sont en partie oblitérés par de gros bourgeons charnus mollasses, saignants, d'un rouge vif. Au

toucher le gonflement est mou, dépressible, élastique; il donne la sensation de fongosités épaisses au pourtour des articulations et à la surface des os. A la limite des parties tuméfiées le gonflement est au contraire œdémateux et conserve l'empreinte du doigt. Fausse fluctuation au niveau de la face externe du calcanéum et en avant de la malléole externe. Le stylet boutonné introduit par les trajets fistuleux s'engage profondément l'un vers l'articution astragalo-calcanéenne, l'autre vers le cuboïde en traversant d'épaisses couches de fongosités saignant au moindre contact, arrive sur des os friables, ramollis, atteints de carie avancée. Les mouvements spontanés de l'articulation tibio-tarsienne sont douloureux et très limités. Les mouvements provoqués sont eux-mêmes incomplets. L'état général est resté satisfaisant, le malade n'a pas sensiblement maigri et a conservé ses forces. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. Mais, comme les fonctions du pied sont complètement abolies, comme le traitement médical reste sans effet, comme des complications sont à redouter, nous ne pouvons que nous rendre au désir du malade qui demande à être débarrassé de son pied.

22 *juin*. — Chloroforme. Compression préventive avec l'appareil d'Esmarch. Amputation sus-malléolaire avec lambeaux elliptiques. Cinq pinces hémostatiques suffisent pour obtenir l'hémostasie temporaire et définitive. Les bords des lambeaux sont suturés à l'aide de huit fils métalliques; un drain étant placé transversalement dans la plaie et sortant aux extrémités interne et externe. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif.

L'examen du pied démontre que l'astragale, le tiers antérieur du calcanéum et la moitié postérieure du cuboïde sont atteints de carie avec dégénérescence graisseuse. Les aréoles du tissu spongieux sont envahies par des fongosités et baignées de pus. Ostéite raréfiante à la limite des régions cariées. Les articulations tibio-tarsienne, astragalo-calcanéenne et calcanéo-cuboïdienne sont désorganisées. En plusieurs points les cartilages sont érodés et laissent à nu les surfaces articulaires et les synoviales qui ont subi la dégénérescence fongueuse. Les muscles et les parties molles sont envahis par la graisse.

21. — Pas de réaction générale. T M = 37°,2. S = 37°4. On enlève les pinces. Injections par le tube à drainage. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif.

22. — Appétit, sommeil. Température et pouls normaux. Rien de particulier du côté de la plaie. Le drain laisse écouler quelques gouttes de sérosité roussâtre.

25. — Réunion par première intention des lambeaux dans toute leur étendue. On enlève cinq fils et on laisse le drain: même pansement.

26. — On enlève les derniers fils. A peine quelques gouttes de pus aux angles de la plaie.

3 *juillet.* — On enlève le drain. La suppuration est tarie.

8. — Le malade se lève dans la salle.

19. — Guérison complète. Le malade quitte l'hôpital. Il marche facilement avec un pied artificiel.

Obs. CC. — *Tumeur blanche des articulations métatarso-phalangiennes droites. Nécrose des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens. Résection. Guérison.* — Laserre (Baptiste), cinquante et un ans, garçon boucher, entre le 15 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 26. Forte constitution. Ni scrofule, ni tuberculose, pas d'accidents vénériens. Depuis deux ans, privations, surmenage, mauvaise hygiène ; a eu très froid aux pieds. L'affection qui l'amène à l'hôpital a commencé par de la gêne et des douleurs vagues à la racine des phalanges du pied droit. Peu à peu le pied augmenta de volume et devint très douloureux : le malade fut obligé de garder le lit. Il y a six mois, formation d'un abcès au niveau de la tête du quatrième métatarsien, ouverture par le bistouri, suppuration intarissable, persistance d'un trajet fistuleux. Peu après, un second abcès apparaît au niveau du second métatarsien ; passage d'un tube à drainage. Depuis cette époque, aggravation progressive ; l'état général se maintient satisfaisant.

15 *janvier.* — Tuméfaction énorme du métatarse et des phalanges du pied droit. L'articulation tibio-tarsienne et le tarse paraissent normaux. La peau est lisse, tendue, d'un blanc mat, parcourue par des cordons bleuâtres qui répondent aux veines sous-cutanées. Sur la face dorsale existent deux groupes de trajets fistuleux. Le premier répond au premier métatarsien, mais le stylet introduit dans ces orifices se dirige obliquement vers la tête du second métatarsien qui est ramollie et nécrosée. Le deuxième groupe répond au quatrième métatarsien qui est aussi dénudé, ramolli et entouré de fongosités. A la face plantaire on trouve deux trajets fistuleux qui répondent, l'un à la tête du deuxième métatarsien, l'autre à la partie moyenne du métatarse. Les premier et cinquième métatarsiens paraissent sains.

3 *février.* — Chloroforme. Incision parallèle au grand axe du pied, au niveau du premier groupe de fistules. Les deuxième, troisième, et quatrième métatarsiens sont en partie nécrosés et baignés de pus. A l'aide de fortes pinces, nous enlevons plusieurs séquestres mous et friables. L'étendue des désordres nous conduit à faire l'ablation des métatarsiens et de leurs phalanges, à l'exception du premier et du cinquième qui sont sains. L'opération terminée, nous plaçons dans la plaie une mèche de charpie alcoolisée et le malade est reporté dans son lit.

Du 4 au 15 février la température ne dépasse 38° ; le pouls oscille entre 80 et 96 pulsations et la suppuration est modérée.

28



16. — T = 39°. P = 98. Les bords de la plaie sont rouges, tuméfiés. Apparition de plusieurs abcès sur les faces dorsale et plantaire.

17. — T = 39°. P = 98. Incisions des abcès à l'aide du bistouri, passage de drains à la plante et sur le bord interne du pied. Pendant le mois de mars et la première quinzaine d'avril, suppuration abondante, puis la surface de la plaie prend meilleur aspect et la cicatrisation s'effectue rapidement.

3 *mai*. — Le malade sort guéri.

§ III

HYGROMAS.

Les cinq observations comprises dans ce §. Celle qui porte le n° CCI est la plus intéressante : il s'agit d'un hygroma développé dans la bourse prérotulienne sans cause traumatique. Cette tumeur présentait avec plusieurs de celles que nous avons décrites aux gaînes tendineuses une ressemblance d'autant plus frappante qu'elle contenait comme elles des grains riziformes.

Obs. CCI. — *Hygroma du genou gauche. Ponction. Drainage.* — Ducognon (Théophile), trente-deux ans, journalier, entre le 14 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 9.

Depuis environ un mois, il travaille à genoux. Il y a treize jours, il ressentit une douleur très vive dans le genou gauche et ne put rester dans cette position. S'étant relevé, il se déshabilla pour en rechercher la cause et s'aperçut que ce genou était plus gros que l'autre. Rentré chez lui, il mit un vésicatoire volant, aucun soulagement.

16 *janvier*. — A la partie antérieure du genou siège une tumeur du volume d'un œuf. La peau est rouge, luisante, chaude à la surface de cette tumeur qui est douloureuse et fluctuante. Les mouvements exagèrent la douleur et la jambe ne peut être complètement étendue sur la cuisse. Ponction et contre-ponction à l'aide d'un trocart. Issue d'un liquide séro-sanguin. Drainage. Lavage avec l'eau phéniquée. Repos au lit. Guérison au bout de quinze jours.

Obs. CCII. — *Hygroma du genou droit. Vésicatoire.* — Chavotel (Auguste), trente-huit ans, serrurier, entre le 15 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 8.

Il y a six jours, s'est frappé le genou gauche contre un bloc de fer :

le lendemain apparition, à la face antérieure du genou, d'une tumeur qui augmentait sensiblement. Le malade alla quand même à son travail, mais dans l'après-midi la station debout était tellement pénible qu'il dut s'en aller chez lui. Là, il étendit sa jambe sur une chaise et appliqua des cataplasmes. Deux jours après, se sentant mieux, il retourna travailler; mais le lendemain le gonflement, la douleur, apparaissaient de nouveau, et le malade entrait à l'hôpital.

Le genou gauche est le siège d'un gonflement occupant le devant de la rotule et s'étendant sur les parties latérales externes et internes. Pas de changement de coloration de la peau ; température normale. Douleur à la pression, rénitence de la tumeur, pas de fluctuation. Mouvements difficiles et douloureux. Vésicatoire sur le genou. Repos absolu, la jambe dans l'extension.

15 *janvier.* — Le vésicatoire a été laissé quarante-huit heures. Le gonflement et la sensibilité ont diminué. Les mouvements provoqués de l'articulation sont encore douloureux. On panse le vésicatoire, et l'on défend au malade de se lever. Sort guéri le 21 janvier.

Obs. CCIII. — *Hygroma prérotulien. Drainage. Guérison.* — Deglands (Eugène), dix-neuf ans, bijoutier, entre le 19 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 8. Sujet bien constitué : a subi la taille pour calculs vésicaux en 1875. Pendant son travail, le genou gauche frotte continuellement contre une barre de fer. Il y a un an, apparition d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon en avant de la rotule gauche : elle s'est développée progressivement en provoquant de la gêne et a fini par atteindre le volume d'un œuf de dinde. Il y a deux mois, elle s'est enflammée, abcédée et ouverte spontanément. Sortie de pus mélangé de sang. Repos pendant huit jours. Un trajet fistuleux persiste pendant six semaines et finit par s'oblitérer. La tumeur se reproduisant, le malade entre à l'hôpital.

19 *mars.* — Tumeur arrondie, bien limitée, du volume d'un œuf de dinde, au niveau des portions moyenne et externe de la rotule gauche. Peau rouge, chaude, adhérente à la tumeur au côté externe où se trouve la cicatrice déprimée du premier abcès. Fluctuation très nette. La tumeur est immobile sur les couches profondes. Douleurs lancinantes, exagérées par la pression. L'articulation du genou est saine ; mouvements de flexion un peu limités. Le malade tient le membre dans l'extension.

24 *mars.* — Ponction du côté externe de la tumeur et contre-ponction au-dessus de l'ancienne ouverture. Pus mélangé de sang. Tube à drainage. Cataplasmes.

30. — Compression ouatée. Le drain demeure en place.

8 *avril.* — Suppuration presque tarie. Le malade quitte le service avec le drain.

15. — Guérison complète.

Obs. CCIV. — *Hygroma prérotulien chronique. Grains riziformes.* — X..., trente-huit ans, bijoutier, entre le 16 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 32. On ne trouve dans l'histoire de ce malade aucune cause de frottements fréquents sur le genou. Il dit seulement qu'il a reçu un coup sur le genou droit, il y a quatre ans.

La tumeur débuta il y a trois mois et suivit une marche lente. Depuis trois semaines il ressent des élancements dans le genou, le gauche se fatigue plus vite à la marche.

16 *janvier.* — Hygroma prérotulien droit du volume d'un œuf de poule ; la base est large, à la surface la peau est à peine épaissie, mais sur le pourtour on sent un léger bourrelet. La fluctuation est très nette. Quand on déprime avec le doigt la partie moyenne de la tumeur on sent qu'elle est bilobée, et il suffit de déprimer un des lobes pour avoir la sensation très nette du déplacement de corps étrangers contenus dans le liquide. Le malade est fortement alcoolique, buveur d'absinthe, et il a du tremblement des extrémités.

15 *février.* — Ponction avec le trocart à hydrocèle, à la partie inférieure et externe de la tumeur. Il sort un liquide jaunâtre, très filant, contenant des quantités de grains, riziformes, semblables à ceux des kystes tendineux du poignet. Quand tout le liquide est sorti par expression de la poche, on y injecte de la teinture d'iode coupée de moitié d'eau. Cette injection est suivie d'une violente cuisson. L'orifice est couvert avec de la baudruche et du collodion et le membre est placé dans une gouttière, fortement incliné. On maintient des cataplasmes sur le genou.

16. — La tumeur a repris son volume primitif; la peau est rouge vif à son niveau et très douloureuse ; un peu d'accélération du pouls et chaleur à la peau. Purgatif.

17. — Un peu d'odeur se produit autour de la tumeur. Même traitement.

18. — Même état.

19. — La rougeur diminue et l'odeur a disparu.

20. — La tumeur est devenue souple, moins douloureuse; la peau est encore un peu rosée.

Quand toute réaction locale a disparu, on met le membre dans un bandage ouaté, en exerçant une forte compression au niveau de la rotule.

Huit jours après il ne reste plus de l'hygroma qu'une légère saillie au devant de la rotule; toute trace de cavité a disparu. Le malade part pour Vincennes.

Obs. CCV. — *Hygromas de la face dorsale des doigts.* — Caron (Hélène), seize ans, couturière, d'une robuste santé, entre le 5 février 1877, salle Sainte-Marthe, 40. Petites tumeurs liquides au niveau des articulations des premières phalanges avec les secondes sur

les trois doigts de la main droite. Ne frotte jamais la face dorsale de la main. Elle s'est aperçue de ces petites tumeurs depuis quatre mois environ.

5 *février*. — La plus volumineuse, située sur l'articulation phalangienne du médius, est hémisphérique, à peu près égale à une demi-noisette. Mobile sous la peau, elle est le siège d'une fluctuation très nette. Elle ne paraît pas communiquer avec l'articulation. On ne peut faire refluer le liquide ni faire disparaître la tumeur.

Sur l'index et l'annulaire deux petites tumeurs analogues au niveau des articulations correspondantes, mais beaucoup moins développées. Sur le petit doigt, la tête de la première phalange fait saillie sur la face dorsale. Pas de tumeur à cet endroit.

La flexion et l'extension des doigts sont possibles et se font sans souffrance. Mais, lorsque la jeune fille travaille à la couture, elle éprouve de la douleur au niveau des petites bosses, surtout sur le médius qui pousse l'aiguille, sa main tremble et elle est obligée de cesser de travailler. La malade prend des bains alcalins depuis deux mois environ, et elle déclare s'en bien trouver.

21 *février*. — Même état. Elle a toujours une sensation de froid sur le dos des mains.

CHAPITRE V

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

§ I

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL ET NERFS PÉRIPHÉRIQUES MOTEURS ET SENSITIFS.

Ce paragraphe ne contient que trois observations, intéressantes à différents points de vue : la première (Obs. CCVI. p. 439) est relative à une tumeur cérébrale dont il était difficile de préciser la nature et le siège. Un mois avant son entrée à l'hôpital, la malade avait présenté la plus grande partie des phénomènes dont la réunion constitue la triade symptomatique ordinaire dans ces sortes d'affections : vertiges, céphalalgie, vomissements. Au moment de son entrée il y avait une paralysie de la sixième paire. Il est probable que le développement de la tumeur datait de longtemps. En 1873, cette personne avait eu une affection profonde de l'œil droit accompagnée d'amaurose presque complète de ce côté. Sous l'influence du traitement, l'acuité visuelle redevint normale ; on peut croire sans absurdité qu'il s'agissait d'une névro-rétinite secondaire, consécutive à une tumeur de la base. Il est peu probable qu'il s'agît d'un néoplasme syphilitique, car l'iodure de potassium donné à hautes doses et à différentes reprises n'a produit absolument rien.

L'obs. CCVII (p. 440) peut être rangée parmi les singularités que l'on rencontre à la suite des plaies de la face et du crâne par arme à feu. Un individu bien portant jusque là est

frappé d'une attaque d'apoplexie et conserve à la suite une hémiplégie incomplète du côté droit ; découragé, et peut-être touché plus ou moins dans ses facultés intellectuelles il se tire un coup de revolver dans la bouche. L'orifice d'entrée de la balle se trouvait à la base du voile du palais ; il est impossible de supposer même avec une analyse minutieuse des phénomènes observés quel trajet elle avait suivi, et quels désordres elle avait produits. Lorsque le malade fut revenu à lui il ne ressentit que de la douleur des deux côtés de la face et sur la voûte palatine ; depuis lors, il ne s'est pas plaint d'autre chose que d'une douleur au niveau du cou pendant les mouvements de flexion et de redressement de la tête.

L'obs. CCVIII est relative à des phénomènes moteurs sensitifs et trophiques observés à la suite d'une plaie par arme à feu de la partie supérieure du bras gauche (coup de fusil chargé à plomb). Tout était limité aux territoires du médian et du cubital.

Obs. CCVI. — *Tumeur cérébrale. Paralysie de la sixième paire du côté droit. Vomissements. Troubles sensitifs et moteurs.* — Lepriol (Mariette), couturière, vingt-neuf ans, entre le 28 décembre 1876, salle Sainte-Marthe, 36. — Réglée à onze ans, nullipare. En 1865, à Rio-Janeiro, fièvre jaune qui dura deux ans. En 1870, fièvre typhoïde à Paris. Pendant la convalescence de cette dernière maladie elle fut un mois presque aveugle. (Irido-choroïdite ?) Trois ans plus tard, sans cause connue, la vision fut complètement abolie dans l'œil droit ; cet état dura deux mois. La malade fut soignée chez M. Liebreich. Amélioration après six semaines de traitement. A cette époque, diplopie. Il y a deux mois, fatigue générale, courbature. Depuis un mois, vertiges, maux de tête violents, diplopie, céphalalgie, vomissements presque quotidiens ; fourmillements dans tout le membre supérieur gauche. La différence de force avec le membre opposé est très appréciable quand la malade serre la main. La sensibilité est la même, mais la différence de température est facile à constater. La main gauche est constamment froide ; la peau y semble plus fine et comme couverte d'une sueur légère. Pas d'atrophie. Sur la ligne médiane l'écartement des deux images est peu sensible, mais il augmente à mesure que l'on porte l'objet du côté droit. Pas de mydriase, l'acuité visuelle semble la même des deux côtés. Vin de quinquina, sirop d'iodure de fer, bains sulfureux tous les deux jours. Iodure de potassium, 4 gr.

7 *et* 8 *janvier*. — L'état de la malade est le même; vomissements, céphalalgie très vive. Pas d'appétit.

10. — Amélioration dans l'état général. Troubles visuels toujours les mêmes. La malade quitte le service sur sa demande le 15 janvier.

Obs. CCVII. — *Attaque d'apoplexie. Hémiplégie droite. Tentative de suicide. Coup de revolver dans la bouche. Pas d'accidents nouveaux.* — Race (Alexandre), cinquante-neuf ans, bijoutier, entre le 9 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 28. Attaque apoplectiforme au mois de juin dernier. Perte de connaissance, aphasie durant cinq à six jours; paralysie de la jambe gauche durant un mois; le bras droit reste paralysé.

3 *novembre* 1876, se tire un coup de revolver dans la bouche. Perte de connaissance: pas d'autres accidents consécutifs que de la douleur des deux côtés de la face et au niveau de la plaie; la balle n'est pas sortie.

9 *mars* 1877. — Hémiplégie droite toujours plus prononcée au bras qu'à la jambe, rien du côté de la face. L'orifice d'entrée de la balle se trouve un peu en avant de l'insertion du voile à la voûte osseuse du palais. Douleurs spontanées dans le cou exagérées par les mouvements d'élévation ou d'abaissement de la tête. Rien à la pression. Ulcération rectiligne sur le côté gauche du segment de la langue. Après trois semaines de séjour dans le service, la plaie de la langue et l'orifice de la balle sont fermés.

Obs. CCVIII. — *Plaie du plexus brachial. Paralysie de plusieurs nerfs. Atrophie du bras.* — Typhaïm, trente-huit ans, maçon habitant la campagne se présente, au mois d'avril 1877, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Il y a quinze mois, il a reçu à bout portant la décharge d'un fusil sur la partie supérieure du bras gauche. Les plombs sont entrés au niveau du bord interne du coraco-brachial et sont sortis en arrière au niveau du bord interne du triceps.

Plusieurs nerfs du plexus brachial ont dû être atteints. La plaie a saigné beaucoup; il n'y a cependant pas eu de ligature à faire.

Après la cicatrisation, l'avant-bras et la main ont maigri. La main était pendante.

Aujourd'hui 5 février, l'avant-bras et la main sont atrophiés. Pas d'éminence thénar, ni d'éminence hypoténar.

Les phalanges sont à moitié fléchies les unes sur les autres. Atrophie des interosseux. Impossibilité de fléchir les doigts.

De tous les muscles de l'avant-bras il n'y a que les muscles de la région externe et de la région postérieure qui ne soient pas atteints. La flexion de l'avant-bras sur le bras est facile; l'extension aussi. L'abduction de l'avant-bras est conservée. Extension de la main, mais non des phalanges.

Sensibilité cutanée conservée à l'avant-bras sur les deux faces.

Insensibilité sur la face palmaire de la main. Mais au niveau de la face palmaire du pouce et de la partie interne de la palmaire de l'index il y a de la sensibilité.

Sur la face dorsale de la main sensibilité ; mais sur la face dorsale du petit doigt, de l'annulaire et de la partie interne du médius, anesthésie complète (toute la portion cutanée du cubital). Coloration violacée de la peau des régions paralysées. Différence de température ; le bras paralysé est le plus froid.

En résumé : Paralysie de tous les muscles innervés par le médian et le cubital. Anesthésie de la peau dans tous les joints innervés par ces deux nerfs. Le radial, le musculo-cutané, le brachial-cutané interne, sont intacts.

§ II

ORGANES DES SENS.

Les quarante-cinq observations comprises dans ce paragraphe, se répartissent d'après les divers appareils, comme le montre le tableau suivant :

ORGANES de la vision	Annexes du globe de l'œil	Sourcils	1
		Paupières	6
		Appareil lacrymal	1
		Orbite	1
		Conjonctive	3
	Globe de l'œil	Globe en général	1
		Cristallin	1
ORGANES de l'audition		Oreille externe	4
		Oreille moyenne	7
ORGANES de l'olfaction		Narines	1
		Nez	9
		Cloison des fosses nasales	1
		Fosses nasales	3
		Cavité naso-pharyngienne	1
ORGANES de la gustation		Langue	5
		Total	45

1° Appareil de la division.

Mentionnons l'obs. CCX (p. 452) dans laquelle une brûlure de la face par l'acide sulfurique fut suivie d'un ectropion cicatriciel.

Dans quatre cas (obs. CCX, CCXI, CCXII, CCXIII) nous avons dû remédier à des lésions palpébrales accompagnées d'un renversement plus ou moins marqué de la paupière inférieure en bas.

Nous allons résumer brièvement les désordres et le procédé opératoire employé. Chez le malade de l'obs. CCX, outre de nombreuses cicatrices correspondant aux sillons naso-jugaux et au reste de la face, on trouvait au niveau des paupières des brides cicatricielles épaisses et résistantes. Les deux paupières supérieures étaient attirées vers la ligne médiane ; de plus il y avait un ectropion des deux paupières inférieures. Voici comment nous réparâmes la difformité du malade de l'obs. CCXII :

Incision en V à la racine du nez au niveau de la convergence des brides cicatricielles ; puis nous disséquons les brides par leur face profonde en leur conservant assez d'épaisseur pour que leur vitalité ne soit pas compromise. De cette façon nous pouvons replacer les paupières dans leur situation normale et en laissant à leur place une surface saignante.

Pour remédier à l'ectropion de la paupière inférieure nous débridons au-dessous de son bord libre que nous relevons, et nous portons au-dessous de lui un petit lambeau cicatriciel qui a été détaché. Nous les suturons dans cette position et pour combler la perte de substance laissée par le lambeau lui-même, nous débridons les bords de la plaie, et après les avoir disséqués nous les attirons l'un vers l'autre et vers le bord supérieur du lambeau pour les fixer dans cette situation. Lorsque ce malade quitta le service au mois de juillet, la difformité de la paupière supérieure avait disparu. Il ne restait plus qu'un peu d'ectropion de la paupière inférieure déterminé par une rétraction du nouveau tissu inodulaire.

Dans l'obs. CCXI, le malade avait eu une pustule maligne cautérisée par le sublimé corrosif : « La perte de substance consécutive à la chute de l'escharre porta sur la partie orbitaire de la région malaire ; la rétraction cicatricielle avait attiré directement en bas et en dehors la paupière inférieure, il y avait en même temps un épiphora consécutif à la

déviation du point lacrymal. Nous procédâmes de la manière suivante :

Le malade chloroformé. Nous dessinons dans la région temporale un lambeau triangulaire à base inférieure, un peu plus large que la perte de substance qu'il nous faut combler. Par cette précaution nous nous mettons en garde contre le sphacèle possible d'une partie du lambeau, et contre la rétraction cicatricielle des lèvres de la plaie au cas où nous n'obtiendrions pas une réunion par première intention. Nous faisons alors, à un demi-centimètre au-dessous du bord libre de la paupière inférieure, et parallèlement à ce bord, une incision qui intéresse toute l'épaisseur de la peau ainsi que le tissu de cicatrice là où il existe. Nous séparons ensuite, à l'aide d'une dissection minutieuse, la face profonde de la peau de la conjonctive sous-jacente en remontant vers le bord libre de la paupière. Il nous est alors facile de relever ce bord libre en le rapprochant de la paupière supérieure. Nous taillons ensuite le lambeau temporal et nous le disséquons par sa face profonde, puis nous le renversons sur la perte de substance, en le faisant pivoter sur sa base, de telle sorte que son bord interne devient inférieur, et son bord externe supérieur. Avec des fils de soie nous suturons les bords du lambeau avec les lèvres de la perte de substance, en commençant par le bord supérieur où nous plaçons cinq fils. Nous faisons de même pour le bord inférieur où nous appliquons six fils. Pendant l'opération quatre pinces hémostatiques ont été appliquées sur les artérioles, si nombreuses dans la région temporale ; ces pinces sont enlevées sans danger après l'opération. La plaie temporale est pansée avec l'eau alcoolisée ; nous appliquons sur la paupière inférieure restaurée un pansement analogue, mais en prenant soin que le liquide irritant ne pénètre pas dans l'œil.

Dans l'observation CCXIII, il s'agissait également d'une cicatrice consécutive à la cautérisation d'une pustule maligne. Les désordres étaient plus considérables que dans le cas précédent : La paupière supérieure coupée transversalement dans son milieu par une ligne cicatricielle est attirée en bas

et transversalement. Elle est maintenue dans cet état, par du tissu cicatriciel, surtout abondant et résistant au côté interne, qu'il recouvre à la manière d'un encanthus. Il résulte de ce prolapsus, que la cornée et la pupille sont complètement masquées, et que l'on n'aperçoit, quand la malade regarde de face, que la partie inférieure de la cornée et de l'iris. Par contre, la portion sous-jacente de la sclérotique reste à découvert et n'est plus protégée par la paupière inférieure. Celle-ci est complètement détruite ; il n'en reste que la portion de conjonctive la plus voisine du cul-de-sac. Cette portion de conjonctive elle-même est fortement attirée en bas, et forme un véritable ectropion. Il ne reste plus rien du cartilage tarse, ni des téguments de la paupière inférieure. La difformité principale et le danger résultant surtout de la perte de la paupière inférieure indiquent qu'il faut tout d'abord refaire cette dernière. Plus tard nous verrons le parti qu'il sera le plus avantageux de suivre pour combattre le prolapsus et l'encanthus cicatriciels de la paupière inférieure. Le 3 février 1877, après administration du chloroforme, nous fîmes la restauration par le procédé de Denonviliers, avec lambeau pris dans la région temporale, afin que la perte de substance faite en cette région, ait de la tendance à attirer en haut la paupière supérieure. Le premier temps de l'opération consiste à rendre mobile la conjonctive renversée par l'ectropion et à la remettre en place.

Dans ce but nous faisons, sur les téguments, à un millimètre au-dessous de cette conjonctive, une incision qui lui est parallèle; par cette incision transversale, nous passons un bistouri qui nous permet de relever par dissection la conjonctive et une épaisseur de tissu qui comprend la couche musculaire. Aussitôt, nous pouvons remettre à leur place normale, la conjonctive et le liseré tégumentaire que nous avons conservé. Il en résulte une perte de substance qu'il faut combler par le lambeau temporal. Nous taillons celui-ci à l'extrémité externe de notre première incision ; nous en faisons partir une autre verticale légèrement concave en avant qui passe en dehors de l'apophyse orbi-

taire externe. Une autre incision est faite parallèlement à la première dont elle est séparée par la largeur voulue du lambeau. Ces deux incisions sont réunies en haut, l'une à l'autre par une incision transversale. Il va sans dire que les téguments ainsi circonscrits dépassent d'un tiers les dimensions voulues pour combler la perte de substance. On sait, en effet, qu'après la dissection, le lambeau perd un tiers de ses dimensions par l'élasticité de la peau.

Le lambeau disséqué, comprend en même temps que la peau, une épaisseur suffisante de tissu cellulaire. Cette dissection est faite de l'extrémité supérieure ou libre, à l'extrémité inférieure qui reste adhérente. Cela fait, le lambeau devient assez mobile pour pouvoir être renversé sans effort, et placé horizontalement au-dessous et en dehors de la conjonctive. Il est ensuite suturé par des fils de soie très fins, sur tout son pourtour, avec le plus grand soin, aussi bien avec le bord libre de la conjonctive, qu'avec les lèvres de la perte de substance qu'il s'agissait de combler. Le pédicule est large, pour mieux assurer la nutrition du lambeau et pour prévenir la tendance à l'enroulement. Six fils de soie ont été appliqués et sont laissés jusqu'au 6 février, jour où la réunion par première intention est complète et solide. Compresses d'eau froide sur la paupière. — Pansement alcoolisé sur la plaie temporale.

Enfin dans l'observation CCXV (Ectropion par rétraction cicatricielle à la suite de l'ablation d'un épithélioma) nous procédâmes à peu près comme dans le cas précédent.

Nous reviendrons, lorsque nous verrons les maladies de la face, sur les pustules malignes dont il a été question. Arrêtons-nous seulement un instant sur les cancroïdes.

Nous allons résumer dans un tableau général tous les cas traités depuis 1874.

Epithéliomas des paupiéres traitées dans notre service

DE 1874 A 1879

SEXE ET AGE des MALADES	TUMEURS APPARUES DEPUIS :	SIÈGE	TRAITEMENT	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
H., 66 ans.	3 ans.	Paupière inférieure.	Ablation.	Guerison avec ectropion cicatriciel.	Une ligature antérieure n'avait pas arrêté la marche de la tumeur.
F., 66 —	10 —	Les deux paupières et le globe de l'œil (début : paupière inférieure).	Ablation. Enucléation du globe.	Guérison.	Antécédents cancéreux, accélération de la marche après érysipèle facial.
F., 68 —	6 —	Les deux paupières (début : paupière infér.).	Ablation.	Guérison.	Conjonctives répétées, accélération de la marche après un traumatisme.
H., ?	4 —	Paupière inférieure.	Ablation.	Guérison.	
H., 40 —	18 mois.	Paupière inférieure (début par les téguments du nez).	Ablation, rugination du bord inférieur de l'orbite.	Guérison de la plaie, puis récidive sur place et propagation aux ganglions.	
H., 48 —	7 ans.	Paupière inférieure (téguments de la pommette).	Ablation.	Ectropion cicatriciel.	

On voit que sur ces 6 observations, 2 seulement concernent des femmes et 4 des hommes. Cette prédisposition en faveur du sexe masculin a été constatée également par Galezowski.

« Il est permis d'avancer, dit de Wecker, que ces formes de cancer s'observent rarement avant la quarantaine, et que, dans plusieurs cas signalés, une lésion traumatique ou une irritation prolongée a précédé la manifestation de la maladie. Contrairement à d'autres tumeurs malignes, celle-ci s'observe le plus souvent chez des sujets très avancés en âge (1). »

Chez nos malades, nous avons pu vérifier l'exactitude d'une partie de ces données. L'âge a été enregistré 6 fois : 5 individus avaient dépassé la quarantaine.

Le traumatisme n'a paru agir que dans un seul cas; il a hâté l'évolution de la maladie : auparavant il y avait eu sur la conjonctive du même œil des accidents inflammatoires, rebelles et très intenses. L'érysipèle agit à peu près d'une manière analogue dans un autre cas.

La marche a été très lente. Au moment où les malades sont entrés dans nos salles ils s'étaient aperçus de l'existence du néoplasme, depuis 3, 4, 6, 7 et 10 ans. Celui de l'observation CCXIV fait exception. C'était un homme de 40 ans; la tumeur avait un caractère plus envahissant et un développement plus rapide que dans les autres cas. Après avoir pris naissance sur les téguments qui recouvrent les os propres du nez, elle avait gagné et détruit rapidement la paupière inférieure. De sorte qu'au moment de l'ablation nous dûmes ruginer le rebord orbitaire; malgré l'énergie de notre intervention, une récidive rapide eut lieu dans les ganglions et lorsque nous revîmes le malade il était impossible de songer à une nouvelle ablation.

Au moment de l'entrée des malades on constata des altérations limitées trois fois à la paupière inférieure, une fois à la paupière supérieure, une fois aux deux et une dernière

(1) *Traité des maladies des yeux*, 3e éd., t. I, p. 550.

fois aux deux paupières et au globe oculaire. La malade avait des antécédents cancéreux héréditaires.

Dans tous ces cas nous avons eu recours au même moyen : Extirpation du cancroïde et des parties voisines en voie de dégénérescence avec le bistouri ; dans trois cas nous avons eu une guérison radicale sans déviation consécutive de la paupière; dans 2, un ectropion cicatriciel qui nécessita ultérieurement la blépharoplastie, enfin un succès temporaire suivi de récidive sur place et de propagation aux ganglions.

2° Appareil de l'audition.

Deux observations de cancroïdes du pavillon de l'oreille (CCXXII et CCXXIII) guéris par l'ablation.

Le fait mentionné dans l'observation CCXXIV est plus intéressant et surtout plus rare, il s'agit d'un sarcome fasciculé du lobule de l'oreille. Il y a quelques années, le D[r] E. Rondot, alors interne de Demarquay, en publia une observation et fit à ce propos de brèves considérations sur ces affections (1). Il s'agissait d'une femme de quarante-deux ans, chez laquelle s'était développée sans cause connue une petite induration du lobule de l'oreille droite ; dans l'espace d'un an elle avait grossi notablement puis était restée stationnaire ; enfin, dans les derniers temps, elle s'était ulcérée en plusieurs points.

Rondot faisait remarquer que les fibromes limités se voient bien plus souvent que les sarcomes au lobule de l'oreille ; qu'en 1864, le D[r] Saint-Vel a attiré leur attention sur leur fréquence chez les négresses ; et qu'il les attribue aux irritations continues produites par de pesantes boucles d'oreille, bien plus qu'à l'influence du climat ou de la race.

Il existe entre notre cas et celui de Rondot des différences dignes d'être notées : La malade de Rondot n'avait que quarante ans ; la nôtre était âgée de soixante-treize ans ; dans le premier cas, la tumeur se développe dans la jeunesse,

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1875, n° 25, p. 319.

croît assez vite, puis reste stationnaire ; dans le second, elle avait un aspect bien plus redoutable. En six mois, elle atteint le volume d'une noisette ; on l'enlève, elle récidive, s'ulcère et devient le siège de petites hémorragies. Ceci semblerait indiquer qu'au lobule de l'oreille comme ailleurs il existe une différence notable entre l'aspect, la marche et le pronostic des différents sarcomes qu'on peut y rencontrer; que si certains peuvent rester stationnaires pendant des années, d'autres vont assez vite pour qu'il soit nécessaire d'y prêter de bonne heure une sérieuse attention.

Les otites moyennes dont les observations sont rapportées, avaient toutes produit des accidents graves (obs. CCXXVI à CCXXXIII), l'inflammation s'était propagée cinq fois aux cellules mastoïdiennes ; dans un cas, la suppuration était consécutive à la présence d'un polype dans la caisse du tympan. Les autres accidents notés ont été : la présence de végétations polypoïdes dans le conduit auditif externe, la nécrose de la paroi des cellules de l'apophyse mastoïdienne, la paralysie faciale. Quatre fois nous fîmes avec succès la trépanation de l'apophyse mastoïde.

3° Appareil de l'olfaction.

L'observation CCXLVIII est la fin d'une autre, publiée dans notre premier volume ; elle peut servir de commentaire à ce que nous disions dans nos leçons de 1876, au sujet des polypes naso-pharyngiens et de leur traitement.

4° Appareil de la gustation.

Nous ne donnerons ici que les maladies de la langue ; celles des autres parties de la cavité buccale se trouveront avec la portion sus-diaphragmatique du tube disgestif.

Maladies de la langue dont les observations se trouvent dans nos cliniques.

AGE et SEXE	MALADIE	DURÉE A L'ÉPOQUE de l'entrée.	CAUSE SUPPOSÉE	TRAITEMENT	RÉSULTATS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	OBSERVATIONS
55 ans.	Ulcération tuberculeuse.	2 mois.	Tuberculose, constitution.	Cautérisation.	Mort (1).		(1) Par phtisie pulmonaire.
50 —	Gomme.	1 an.	Syphilis.	Iodure de potassium.	Guérison.	Clinique de 1875, page 230.	
M., 17 ans.	Papillome.	?	Aucune.	Ablation (bistouri).	Guérison.	Clinique de 1875, page 10.	
F., 21 —	—	10 ans.	—	—	Récidive (1)	Clinique de 1875, page 12.	(1) Nouvelle ablation, suivie de guérison.
F., 39 —	—	9 —	—	— (écraseur).	—	Clinique de 1875, page 420.	
H., 49 —	—	1 —	—	— (ciseaux).	Récidive rapide dans les ganglions.		
H., 70 —	Epithélioma tubulé.	5 mois.	Abus de la pipe.	— (bistouri).	—		
H., 51 —	Epithélioma.	6 —	—	—	—		
H., 35 —	—	3 —	—	—	Guérison.		

A propos des quatre observations de papillomes, nous rappellerons une leçon que nous avons faite en 1875 sur ce sujet et dans laquelle nous avons insisté sur les symptômes, le diagnostic et le traitement de ces affections relativement fréquentes et encore assez peu connues. Il est difficile de dire à quel âge on peut les rencontrer de préférence ; de nos quatre observations, deux concernent des individus de moins de vingt-cinq ans, et deux autres des personnes ayant dépassé la trentaine. On aurait grand tort de considérer ces maladies comme insignifiantes et de temporiser plus que de raison. Sur nos quatre cas, un a été suivi de récidive sur place, et un autre de récidive dans les ganglions ; chez la première de ces deux malades, on n'avait aucune raison de compter sur une pareille éventualité ; la tumeur avait mis dix ans à se développer ; peut-être même existait-il antérieurement une sorte de nœvus au point correspondant.

Les ulcères tuberculeux de la langue sont également des affections rares, ou plutôt il y a fort peu de temps qu'on s'en occupe. Ce qui s'est passé chez le malade de l'observation CCXLIX, ferait supposer que c'est une manifestation d'une valeur pronostique très grave ; l'individu qui en fait le sujet est parvenu jusqu'à l'âge de cinquante-cinq ans, sans avoir présenté la moindre manifestation diathésique ; à partir du moment ou l'ulcère tuberculeux fut constaté, les poumons se prirent et la phthisie suivit une marche rapide.

A. — Appareil de la vision et ses annexes.

1° *Sourcil.*

Obs. CCIX. — *Kyste du sourcil gauche. Accidents syphilitiques. Extirpation du kyste. Iodure de potassium à l'intérieur. Nécrose d'un fragment du frontal.* — Gouzy (Laurent) quarante-six ans, cuisinier, entre le 24 octobre 1877, salle Saint-Augustin, 80. Bonne santé jusqu'en 1873. A cette époque, chancre infectant au sommet du gland, roséole. Il a eu depuis plusieurs accidents secondaires. Il y a un an, apparut au niveau du tiers externe du sourcil gauche, une tumeur du volume d'un pois, qui s'accrut rapidement en s'accompagnant de céphalalgie sus-orbitaire. Bientôt elle retomba comme une poche, au devant de la paupière et gêna notablement

la vision. Entre à l'hôpital Lariboisière, ponction de la tumeur liquide aqueux d'abord, puis mélangé de grumeaux. On passa ensuite dans la cavité du kyste un tube à drainage qui resta en place pendant huit jours. Aucun traitement interne. Dès que le drain fut enlevé, les orifices d'entrée et de sortie se cicatrisèrent, mais la tumeur se reproduisit lentement. En même temps apparaissaient diverses érosions de la face.

24 *octobre*. — La région orbito-palpébrale supérieure gauche est déformée par une tumeur convexe, du volume d'une noix, à cheval sur la moitié externe du bord orbitaire supérieur, empiétant à la fois sur les régions palpébrale et sourcilière. La queue du sourcil est soulevée, le sillon orbito-palpébral est effacé, surtout au niveau de la tumeur. Ptosis. A la surface, la peau présente des teintes inflammatoires. Un peu de larmoiement. Au toucher, la tumeur est molle, fluctuante, irréductible, profondément située au-dessous du périoste qu'elle soulève. On sent distinctement un bourrelet osseux à la périphérie. Tuméfaction œdémateuse et inflammatoire de l'aile gauche du nez recouverte sur sa face cutanée ainsi que sur sa face muqueuse de croûtes jaunâtres et d'érosions superficielles. Le ganglion sous-hyoïdien médian induré a le volume d'une noix. Rien du côté de la bouche et du larynx. Sur la verge, ulcération arrondie à bords taillés à pic, reposant sur un fond induré. Ganglions inguinaux volumineux.

27. — Choroforme. Incision cruciale qui nous conduit jusqu'au périoste ; la tumeur est sous-jacente à cette membrane. Nous l'incisons et nous tombons dans un kyste à parois épaisses, granuleuses, de couleur jaunâtre contenant un liquide séro-purulent composé d'une partie liquide rosée et de grumeaux grisâtres. Nous enlevons avec soin les parois de cette cavité et avant de terminer l'opération, nous plaçons dans la plaie un tube en caoutchouc perforé. Nous réunissons ensuite les lèvres de l'incision à l'aide de quatre fils métalliques. Pas de réaction fébrile ; les fils furent enlevés le quatrième jour, la plaie étant en partie réunie par première intention. Les accidents que nous avons signalés du côté de la verge et du nez disparurent rapidement sous l'influence du traitement iodé. La plaie de la région sourcilière fut plus longue à guérir. La cicatrisation étant presque complète vers le douzième jour, nous constatâmes une fistule intarissable liée à la présence d'un petit séquestre frontal. Nous conseillâmes donc au malade de retourner chez lui et de venir nous voir de temps en temps.

2° *Paupières*

OBS. CCX. — *Brûlures de la face par l'acide sulfurique. Destruction*

partielle de la paupière inférieure du côté droit. Ectropion cicatriciel. Blépharoplastie. Succès partiel. — Deny (Georges), dix-neuf ans, sculpteur, entre le 17 juin 1878, salle Saint-Augustin, 73. Mère hystérique. Père hémiplégique du côté gauche consécutivement à une attaque d'apoplexie. Il est, lui-même, épileptique. Première attaque à quatorze ans, à la suite d'une journée de fatigue.

Seconde attaque survient deux mois après la première. Actuellement les attaques se reproduisent irrégulièrement parfois à huit jours, parfois à plusieurs mois d'intervalle. Il tombe, perd connaissances, a des convulsions cloniques et toniques, se mord la langue toujours du côté droit. Pas d'helminthes. Pas de déformations apparentes du crâne, de la face ou du tronc.

Il y a cinq mois et demi, il reçut en plein visage environ 100 grammes d'acide sulfurique. Immédiatement après l'accident douleurs atroces, perte de connaissance. On le transporta dans notre service où nous pûmes constater que la brûlure portait sur les paupières, l'espace intersourcilier, la racine et les faces latérales du nez, les sillons naso-jugaux et les commissures labiales. Les globes oculaires étaient respectés, de même que les autres régions de la face, le cou et le tronc. Nous appliquâmes un masque avec le liniment oléo-calcaire en ménageant des ouvertures au niveau des orifices buccal et nasal et en surveillant attentivement la cicatrisation des paupières. La guérison fut complète au bout de deux mois, mais le travail de cicatrisation avait déterminé la production de brides volumineuses.

17 *juin*. — Dans toute l'étendue des anciennes brûlures, la face est couverte de cicatrices causant une difformité choquante. Sur les ailes du nez, les sillons naso-jugaux, on trouve des cicatrices nombreuses, composées de petits noyaux rayonnés séparés par des dépressions ombiliquées dont l'aspect rappelle celui des cicatrices de pustules varioliques. Sur le front, elles ont le même caractère, mais au niveau des paupières et de la racine du nez les cicatrices offrent des modifications qui entraînent des troubles fonctionnels. A ce niveau, et de chaque côté, les brides sont très épaisses; les deux paupières de chaque côté sont attirées vers la ligne médiane par des brides cicatricielles tellement saillantes qu'elles arrivent à la hauteur des sourcils, du front et du bas du nez à sa racine. Ectropion des deux paupières inférieures, difformité très prononcée à la paupière supérieure et au grand angle de l'orbite; le malade se trouve dans l'impossibilité de fermer complètement les paupières et souffre tellement de son état qu'il nous prie d'y remédier.

29 *juillet*. — Chloroforme. Nous circonscrivons, au point où les brides convergent sur le dos du nez du côté gauche, ces deux principales brides palpébrales, par une incision en V. Le sommet du V est

naturellement tourné vers la ligne médiane. Ces incisions libératrices faites, nous disséquons les brides par leur face profonde en leur conservant assez d'épaisseur pour que leur vitalité ne soit pas compromise. De la sorte nous pouvons reporter les brides et les paupières à leur situation normale, et en laissant à leur place une surface saignante.

Cette première opération ne suffit pas pour faire disparaître l'ectropion interne de la paupière inférieure, nous débridons cette dernière au-dessous de son bord libre renversé ; puis nous relevons celui-ci et nous portons au-dessous de lui la pointe d'un petit lambeau cicatriciel qui a été détaché. Nous les suturons dans cette position et pour combler la perte de substance laissée par le lambeau lui-même, nous débridons les bords de la plaie et après les avoir disséqués nous les attirons l'un vers l'autre et vers le bord supérieur du lambeau pour les fixer dans cette position. Pansement avec de la tarlatane imbibée d'eau légèrement alcoolisée. Pas de réaction fébrile, le malade se lève le lendemain. Le cinquième jour, on enleva les fils, la réunion par première intention étant obtenue dans la plus grande partie des lambeaux. Le huitième jour, une pointe de sphacèle apparut au-dessous de la paupière inférieure au grand angle de l'œil. Bien que l'escharre n'eût pas plus de trois millimètres de diamètre, il en résulta un petit noyau inodulaire dont la rétraction détermina un peu d'ectropion de la paupière inférieure. Le malade quitta le service le 12 juillet.

Obs. CCXI. — *Ectropion cicatriciel des deux tiers internes de la paupière inférieure consécutif à une brûlure; épicanthus et ectropion léger de la paupière supérieure du même côté. Restauration de la paupière inférieure par lambeau anaplastique.* — Paliard (Marie), seize ans, sans profession, entre le 16 octobre 1878, salle Sainte-Marthe, 41. A l'âge de dix-huit mois, brûlure des deux paupières droites, par suite d'une chute contre un poêle rouge. Le globe oculaire fut épargné. Pendant toute la durée de la cicatrisation, un médecin maintint les paupières fermées à l'aide d'agglutinatifs tout en prévenant les adhérences ; malgré ces précautions, le développement du tissu inodulaire détermina, du côté de la paupière supérieure, une sorte d'épicanthus; du côté de la paupière inférieure, de l'ectropion. Le défaut d'occlusion de l'orifice palpébral constitue pour la malade une cause de conjonctivite chronique, douloureuse; aussi vient-elle aujourd'hui nous prier de remédier à cette fâcheuse difformité.

16 *octobre*. — La caroncule lacrymale du côté droit est détruite; à sa place, noyau cicatriciel blanchâtre qui envoie du côté de la racine du nez, de petites brides rayonnées longues de 2 à 3 millimètres. Du côté de la paupière supérieure, ce noyau se continue avec une bride épaisse, mesurant environ un demi-centimètre de hauteur, et

représentant le bord libre du voile membraneux, dépourvu de cils. Cet encanthus maintient la paupière abaissée de manière à masquer le tiers supérieur de la cornée et le bord supérieur de la pupille dans la vision directe. Le bord libre de la paupière inférieure est même dépourvu de cils et représenté par du tissu cicatriciel. La rétraction de ce tissu a déterminé le renversement en bas de la paupière inférieure, dans ses deux tiers internes. Épiphora par suite de la destruction des points lacrymaux. Le globe de l'œil est sain. V égale des deux côtés. Dans la vision directe, le champ pupillaire est rétréci par suite de l'abaissement de la paupière supérieure. Outre ces troubles fonctionnels l'épicanthus et l'ectropion produisent une difformité choquante.

9 *novembre.* — Chloroforme. Opération par le procédé d'Alphonse Guérin. Nous faisons d'abord à 2 millimètres au-dessous du bord libre de la paupière une incision qui lui est parallèle et qui comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Par cette incision, nous glissons obliquement un bistouri à lame mince et étroite qui permet de rendre au bord libre de la paupière inférieure sa position normale. Ceci fait, vers le milieu de cette incision, nous faisons obliquement descendre deux autres incisions qui circonscrivent un V dont le sommet émoussé, correspond à l'incision première et dont la base est tournée vers la joue. Cette incision intéresse largement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. De l'extrémité de chacune des incisions, à la base du V, nous faisons partir à droite, comme à gauche, une autre incision parallèle à la première, longue de 4 centimètres, dont l'interne se perd à la racine du nez et l'externe vers la pommette. Il résulte de cette incision deux lambeaux dont les bords libres partent de chaque côté du V et que nous disséquons par leur face profonde, de façon à les mobiliser autour de leur partie adhérente. Cette dissection faite, il nous devient facile de faire remonter ces deux lambeaux de façon qu'ils viennent se rencontrer immédiatement au-dessus du sommet du V et au-dessous du bord libre de la paupière. Nous les suturons en ce point entre eux, avec le bord libre de la paupière et avec le sommet émoussé du V, de façon que, une fois la cicatrisation obtenue, les deux lambeaux n'aient pas la moindre tendance à retourner à la place qu'ils occupaient avant leur dissection. Six points de suture avec des fils très fins. Pansement avec des compresses imbibées d'eau légèrement alcoolisée. Pas de réaction fébrile. Pas d'accidents consécutifs. Le quatrième jour, on enlève les fils, réunion par première intention entre le bord libre de la paupière et le bord supérieur des lambeaux, ainsi qu'entre les bords accolés de ces lambeaux. Le bord inférieur n'est pas réuni aux téguments de la joue. Suppuration très modérée. La cicatrisation s'effectua en ce point régulièrement; elle était complète le 24 novem-

bre, jour où la malade quitta l'hôpital. Le résultat de l'opération est très satisfaisant, la partie inférieure du globe oculaire est actuellement protégée par la paupière. La difformité produite par l'ectropion a disparu.

Obs. CCXII. — *Pustule maligne de la paupière inférieure. Présence de bactéridies dans le sang. Incision cruciale et cautérisation avec le sublimé corrosif. Guérison avec ectropion. Blépharoplastie. Succès* (Collection particulière, *pièce n°* 330). — Pradoux (Amable), trente-quatre ans, garçon boucher, entre le 4 juillet 1877, salle Saint-Augustin, 11.

Fièvres palustres à plusieurs reprises, travaille à l'abattoir de la Villette, où il écorche des moutons et des bœufs. Il prétend avoir reçu, le lundi 2 juillet, pendant qu'il dépouillait un mouton, une égratignure à la paupière inférieure droite. Toute la soirée il a éprouvé de vives démangeaisons au niveau de l'égratignure. Le lendemain Pradoux a continué sa besogne comme la veille. La paupière inférieure était déjà un peu enflée dans la journée. Le gonflement a augmenté la nuit, et le malade inquiet se présente à l'hôpital.

4 *juillet.* — Œdème très marqué de la paupière inférieure de l'œil droit. La paupière supérieure commence à être envahie, et l'œil droit est fermé. L'œdème se prolonge jusqu'à l'aile du nez, et jusqu'à la région temporale du côté droit. La pression du doigt laisse une empreinte très visible sur la partie œdématiée. Vers le milieu de la paupière inférieure, il y a un petit point blanc, une tache peu saillante, une vésicule en voie de formation. La coloration de la peau autour est normale ; pas de phlyctènes. Compresses d'eau du sureau.

Dans la journée le gonflement augmente légèrement. Le malade a tendance à s'assoupir. État général satisfaisant, pas de fièvre.

5 *juillet.* — Le malade a bien dormi. Le gonflement des paupières a un peu augmenté. La petite vésicule s'est agrandie; elle est ombiliquée à son centre et remplie de sérosité blanchâtre. Mais la peau n'a pas de teinte noirâtre, et il n'y a pas de phlyctènes. L'œdème est un peu plus dur qu'hier. P = 84. TR = 37°,8. Le soir, l'œdème s'est étendu à la joue et au front. Il y a toujours tendance à l'assoupissement.

6. — Les symptômes de la pustule maligne se confirment. Le malade a eu du frissonnement dans la nuit ; cauchemars et rêvasseries ; douleurs vives dans l'œil droit.

Ce matin, le gonflement s'est encore étendu. L'œdème très dur, remonte en haut jusque sur la moitié droite du front et la région temporale ; en arrière il s'arrête au pavillon de l'oreille ; en bas il s'étend jusqu'à la bouche et jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire : au niveau de la glande sous-maxillaire il y a un bourrelet très dur, qui fait une forte saillie. La lèvre supérieure est gonflée et proéminente ;

la joue gauche est envahie ainsi que les deux paupières de l'œil gauche.

La vésicule s'est affaissée et laisse voir sous l'épiderme une eschare brunâtre ayant à peu près l'étendue d'une pièce de cinquante centimes. Au-dessous et en dedans, il y a une phlyctène allongée et remplie de sérosité roussâtre. La douleur locale est moins forte que dans la nuit, mais le malade se plaint de souffrir derrière la tête. Il y a toujours de la somnolence; soif vive depuis hier au soir.

P = 92. TR. = 40°,4. Sueurs sur le corps.

En l'espace d'une demi-heure nous voyons sur la paupière inférieure, au niveau de l'angle interne de l'œil droit, l'épiderme se soulever pour former une large phlyctène remplie de sérosité sanguinolente.

A onze heures, incision cruciale au centre de la pustule. Le malade souffre de cette incision. On place une forte mèche, destinée à protéger la paupière supérieure contre le caustique et l'on applique dans l'incision du sublimé corrosif en poudre sur une largeur de trois centimètres. Le caustique est maintenu par une plaque de diachylon. Le sang, examiné au microscope, contient des bactéridies. Le soir, le malade est un peu agité : il déclare souffrir beaucoup. Eau-de-vie à l'intérieur. P = 92. TR = 40°,5.

7. — Amélioration : nuit plus tranquille. Mais depuis hier au soir il a une salivation abondante : à chaque instant il fait des efforts pour cracher. Le gonflement de la face est resté à peu près le même. L'escharre produite par le sublimé est plus grande qu'une pièce de cinq francs ; la paupière supérieure est à peine atteinte superficiellement; autour de l'eschare existe un cercle de vésicules confluentes remplies d'un liquide séro-purulent. P = 84. TR = 39°,1. Soir, l'amélioration continue. P = 84. TR = 39°,1.

8. — Le gonflement de la face diminue. Le malade commence à ouvrir l'œil gauche. La salivation mercurielle persiste. La fièvre est tombée. P = 80. TR = 39°,5. Le malade demande à manger. Potion et gargarisme au chlorate de potasse.

9. — Tout danger est passé. Le malade mange et boit avec plaisir. La salivation a cessé. Compresses d'eau de sureau sur l'eschare. P = 80. TR = 37°,9.

10. — On peut voir le globe de l'œil. Il y a seulement un peu de chémosis de la conjonctive oculaire. La paupière inférieure est conservée dans une hauteur de 6 à 7 millimètres, sauf au niveau de l'angle externe de l'œil où l'eschare arrive jusqu'à la commissure.

12. — Le travail d'élimination commence autour de l'escharre. Les parties mortifiées sont séparées des parties saines par un sillon où apparaissent déjà des bourgeons charnus. Sur la paupière supérieure il y a un point de sphacèle très superficiel.

18. — L'escharre se détache, laissant à sa place une plaie de bonne nature, parfaitement bourgeonnante. La paupière inférieure tend à se renverser en dehors au niveau de l'angle externe.

24. — On prépare la suture des paupières pour prévenir l'ectropion.

Remarque. — Le jour même de la cautérisation de la pustule nous avons recueilli du sang qui s'écoulait par l'incision cruciale qui avait été pratiquée. M. Claverin, interne en pharmacie de M. Vidal, a bien voulu faire l'examen microscopique et il a constaté sur trois préparations quelques bâtonnets très déliés, immobiles dans l'intervalle des globules sanguins. Le plus long de ces filaments avait un peu plus d'un centième de millimètre.

Huit jours après le sang retiré du doigt avec une épingle n'offrait plus trace de bactéridies.

26 *avril* 1878. — Depuis son départ l'ectropion s'est accusé et le malade est obligé de tenir continuellement un bandeau sur l'œil afin d'éviter le contact de l'air; il vient nous demander une opération réparatrice.

La perte de substance, consécutive à la chute de l'escharre, a porté sur la partie orbitaire de la région malaire et sur les deux tiers externes de la paupière inférieure. Le tiers interne est conservé, ainsi que le bord libre, dans toute son étendue. Ce bord, muni de cils, persiste sur une hauteur de 1 millimètre au-dessus de la cicatrice. D'autre part, la mortification n'a atteint que les couches superficielles de la paupière; peau, tissu cellulaire, portion palpébrale du muscle orbiculaire. La conjonctive qui forme la couche profonde a été respectée dans toute sa hauteur. Le tissu cicatriciel en se rétractant a rapproché les deux lèvres de la perte de substance; il a attiré directement en bas, vers la région malaire, le bord libre de la paupière resté intact; en bas et du côté externe, le tiers interne de la paupière. La conjonctive palpébrale entraînée dans ce mouvement s'est renversée en dehors, de haut en bas. Elle forme une sorte de chémosis triangulaire dont la base répond au côté externe et le sommet au grand angle de l'œil. Une bandelette cutanée verticale de 1 millimètre de largeur s'étend du bord libre de la paupière inférieure au bord libre de la paupière supérieure, à l'union du tiers interne avec le tiers moyen. La moitié inférieure du globe de l'œil reste à découvert; la conjonctive palpébrale exposée à l'air est enflammée; le point lacrymal renversé au dehors ne reçoit plus les larmes, ce qui donne lieu à un épiphora abondant.

26. — Opération. (Voir p. 442 et 443.)

27. — TM = 38°. P = 96. Douleur assez vive au niveau de la plaie temporale. Lavages avec l'eau alcoolisée phéniquée. Pas d'hémorragie. Même pansement que la veille.

28. — TM = 37°. P = 92. Nuit calme. Appétit. Les douleurs ont cessé au niveau de la plaie. Le lambeau est un peu tuméfié ; le malade ne peut ouvrir les paupières. La plaie temporale a bon aspect. Même pansement.

30. — Le lambeau semble adhérent au niveau du bord libre de la paupière, il n'en est pas de même au niveau de la région malaire, où du pus s'écoule dans l'intervalle des points de suture. La plaie temporale commence à se couvrir de bourgeons charnus. Température et pouls normaux. Etat général très satisfaisant.

1er *mai.* — On enlève les fils. Réunion par première intention dans la plus grande partie de l'étendue du lambeau. La suppuration s'établit au niveau de l'extrémité interne de celui-ci. Elle continue en un point qui répond à la région malaire.

6. — L'angle interne du lambeau présente une teinte violacée sur une étendue de un demi-centimètre. Suppuration modérée. La plaie temporale diminue d'étendue.

8. — Sphacèle de la pointe du lambeau.

11. — L'escharre se limite à une petite surface de 5 à 6 millimètres.

12. — On détache l'escharre à l'aide de ciseaux; au-dessous de la partie sphacélée existe une surface granuleuse de bon aspect.

A partir de cette époque la cicatrisation marcha rapidement et comme pour une plaie simple. En raison de l'étendue du lambeau, la mortification de son extrémité interne n'entraîna pas de nouvelle déformation.

2 *juin.* — La cicatrisation est complète et la paupière inférieure protège très efficacement le globe de l'œil. Sort de l'hôpital.

Obs. CCXIII. — *Ectropion de la paupière inférieure, consécutif à la cautérisation d'une pustule maligne. Prolapsus et encanthus de la paupière supérieure. Blépharoplastie. Succès.* — Deveaux (Emilie), trente ans, femme d'un cultivateur, entre le 1er février 1877, salle Sainte-Marthe, 54.

Au mois de juillet 1876, après avoir découpé la viande d'un mouton atteint de *sang de rate*, pustule maligne de la paupière inférieure, cautérisations au nitrate d'argent et au fer rouge par le médecin du pays. Guérison complète de la plaie au mois d'octobre. Il en résulta un ectropion inférieur complet. Le 20 décembre, M. de Wecker tenta de combattre cette difformité. Nous ignorons quel fut le procédé opératoire employé. Nous constatons seulement que vers la commissure externe, il y a un petit moignon cicatriciel, qui semble annoncer qu'un lambeau pris sur la région malaire s'est sphacélé.

3 *février. Opération* (V. p. 443-444). — Pas d'incidents consécutifs ; elle sort complètement guérie, une quinzaine de jours après l'opération; elle doit venir nous voir, par la suite, pour le prolapsus de la paupière supérieure.

Obs. CCXIV. — *Epithélioma de l'angle interne des paupières gauches*

et de la partie correspondante de la racine du nez. Invasion du périoste et des os. Ablation de la tumeur avec le bistouri. Ablation de l'os propre du nez du côté gauche ; rugination du bord inférieur de l'orbite dans son tiers interne. Guérison de la plaie. Récidive sur place. (Musée, *Pièce*, n° 275). — Garcet (André), quarante ans, manouvrier, entre le 25 juillet 1877, salle Sainte-Marthe, 35. Forte constitution ; bonne santé antérieure ; pas d'hérédité; ni scrofule, ni syphilis. Depuis dix-huit mois il a remarqué au niveau de l'os propre du nez du côté gauche, un bouton verruqueux, du volume d'un grain de chènevis, bien limité, prurigineux, qu'il fit plusieurs fois saigner en se grattant. Le bouton finit par s'ulcérer ; un pharmacien ordonna des applications de pommade qui ne produisirent aucun résultat. L'ulcération fit bientôt de rapides progrès, gagna l'angle interne de l'œil gauche, la paupière inférieure et la caroncule. Depuis sept mois, formation d'un épicanthus qui s'accuse de jour en jour. La vision devient impossible par suite de l'abaissement de la paupière supérieure au-devant de la pupille ; pourtant il n'existe aucun trouble fonctionnel du côté de l'œil et le malade voit normalement lorsqu'il relève le pli cutané. Ces divers accidents l'amènent à l'hôpital.

25 *juillet.* — L'ulcération occupe tout l'espace qui répond à l'os propre du nez du côté gauche, la commissure palpébrale interne et le tiers correspondant de la paupière inférieure. Sa surface est recouverte par de gros bourgeons charnus, molasses, rouges, luisants.

Les anfractuosités de ces fongosités contiennent par places un pus grisâtre, ichoreux ; dans d'autres points, on trouve des croûtes jaunes transparentes plus ou moins desséchées. Les bords sont irréguliers, sinueux, un peu plus élevés que le fond et recouverts par une pellicule rosée qui rappelle le tissu de cicatrice.

Au pourtour de l'ulcération, les téguments soulevés sur une étendue de un demi-centimètre forment une sorte de bourrelet inflammatoire d'un rose foncé où l'on remarque, par place, de fins capillaires de nouvelle formation. La paupière supérieure attirée vers la caroncule et abaissée dans sa moitié interne, forme au-devant de la pupille, une bride oblique de dedans en dehors et de bas en haut qui ne permet d'apercevoir que le bord inférieur de la cornée ; son bord libre est, au voisinage de la caroncule, rouge et tuméfié.

Si l'on renverse les paupières on constate que la conjonctive palpébrale est rouge et injectée au voisinage de l'ulcération.

Rien d'apparent, du côté de la conjonctive oculaire. Au toucher la base de l'ulcération est indurée ainsi que le bourrelet périphérique.

On n'obtient aucune espèce de mobilité au niveau de l'os propre du nez auquel la tumeur semble adhérer ; mais il n'existe pas d'adhérences appréciables du côté de l'orbite.

Un peu d'épiphora ; rien dans les ganglions sous-maxillaires et parotidiens.

Nous sommes en présence d'un épithélioma qui acquiert une gravité toute spéciale en raison de son siège, de l'étendue des désordres qu'il a produits et des délabrements qui résulteront des manœuvres opératoires. Il est probable, en effet, que l'affection s'étend au périoste et aux os et nous serons obligés d'agir sur ces organes si nous voulons nous mettre à l'abri d'une prompte récidive. De plus, l'ablation de l'œil est indiquée si la conjonctive oculaire est envahie, ce dont nous ne pourrons nous convaincre que dans le cours de l'opération.

28. — Chloroforme. A l'aide de ciseaux, nous incisons verticalement la paupière supérieure un peu en dedans de sa partie médiane, du bord libre au sillon orbito-palpébral, puis nous dirigeons notre incision dans ce sillon, juqu'à la caroncule ; nous répétons la même manœuvre, pour la paupière inférieure, afin d'exciser la moitié interne de ces deux voiles membraneux.

Ensuite nous circonscrivons l'ulcération nasale et son bourrelet périphérique par une incision elliptique qui intéresse largement les parties saines, et nous la disséquons par sa face profonde. Ce premier temps de l'opération nous permet de reconnaître que le périoste de l'os propre du nez du côté gauche, ainsi que cet os, sont envahis par la production épithéliale. A l'aide d'un fort davier, nous faisons l'ablation de cet os. Comme nous avons trouvé quelques adhérences du côté du périoste qui revêt le pourtour de l'orbite et l'os unguis, nous ruginons ces surfaces osseuses avec soin.

Les surfaces de section sont très saignantes. Nous plaçons donc des pinces hémostatiques sur les artères à mesure que nous les rencontrons, et en particulier sur la sus-orbitaire, les palpébrales supérieure et inférieure, la frontale interne et la nasale. L'emploi de ces pinces nous a d'ailleurs permis d'opérer rapidement et sans perte de sang. La conjonctive oculaire nous ayant paru complètement saine, nous ne touchons pas à l'œil. L'opération terminée, il reste une vaste perte de substance que nous laissons telle quelle. Pansement ouaté compressif. Six pinces hémostatiques, laissées sur les vaisseaux, sont enlevées vingt-quatre heures après l'opération sans qu'il se produise d'hémorragie consécutive.

Pas de réaction fébrile jusqu'au 2 août où la température s'élève à 38°, le pouls à 90. Le pourtour de la plaie et la joue droite sont le siège d'une rougeur érysipélateuse. Application de compresses imbibées d'eau de sureau. L'état fébrile persiste pendant quatre jours. Le 6 août, tous les accidents ont disparu ; légère desquamation épithéliale.

15 *août*. — Suppuration modérée. Les bourgeons charnus com-

mencent à envahir les bords de l'orifice qui résulte de l'ablation de l'os propre du nez du côté gauche.

6 *septembre*. — L'orifice nasal est en partie comblé par les bourgeons charnus, il ne reste qu'une fistulette dans laquelle il serait difficile d'introduire un stylet. La cicatrisation des paupières s'effectue lentement et progressivement ; tendance à l'épicanthus.

12. — Le malade quitte le service, il doit venir nous voir prochainement.

Il revint avec une récidive locale dans le courant de 1878. Les désordres étaient tels qu'il n'y avait plus lieu de songer à une opération. Ce malade fut envoyé à Bicêtre.

Obs. CCXV. — *Epithélioma de la paupière inférieure et de la région malaire. Ablation. Ectropion cicatriciel. Blépharoplastie. Succès.* — Leclerc (Jules), quarante-huit ans, employé, se présente à la clinique du 7 juillet 1877. Bonne constitution. Pas de maladies graves antérieures. Ni scrofule ni syphilis. Il y a sept ans, il remarqua, immédiatement au-dessus du sommet de la pommette gauche, un bouton verruqueux, fendillé, très dur, de consistance presque cornée et complètement indolent. Cette tumeur resta longtemps stationnaire, mais elle finit par devenir le siège d'un prurit qui portait le malade à se gratter. Plusieurs médecins, consultés, ordonnèrent des applications de caustique ; la petite tumeur, au lieu de disparaître, s'ulcéra, devint le siège d'hémorragies peu abondantes et elle gagna bientôt les régions voisines. Dans les derniers temps, l'ulcération a fait des progrès plus rapides et est devenue le siège de douleurs lancinantes.

7 *juillet*. — Immédiatement au-dessous et un peu en dehors de la commissure externe des paupières gauches, ulcération irrégulière occupant, en hauteur, l'espace compris entre le sommet de l'os malaire et le bord libre de la paupière inférieure, dont elle reste distante de 2 millimètres. Le grand diamètre est transversal et mesure 2 centimètres et demi d'étendue. Les bords sont sinueux, peu élevés et se confondent insensiblement avec les téguments. Le fond est au contraire soulevé, saillant et forme au-dessus des parties voisines un relief d'un demi-centimètre. Il est hérissé de bourgeons charnus rouge-brun, luisants, qui laissent suinter un liquide ichoreux fétide. Ces bourgeons sont séparés par des sillons anfractueux recouverts de croûtes cireuses, transparentes, de coloration jaunâtre. Au toucher on sent que l'ulcération repose sur une base indurée, bien limitée et de peu d'épaisseur ; en saisissant les extrémités de la tumeur entre le pouce et l'index, on reconnaît qu'elle est indépendante du tissu cellulaire sous-cutané et mobile sur les couches profondes. Rien dans les ganglions sous-maxillaires et parotidiens.

7. — Chloroforme, nous circonscrivons la petite tumeur par une incision elliptique faite avec le bistouri et nous la disséquons par

sa face profonde ; elle n'a contracté aucune adhérence avec le périoste. La perte de substance est peu considérable et nous nous contentons de rapprocher les lèvres de l'incision et de les suturer à l'aide de trois fils métalliques, quitte à faire plus tard de l'autoplastie si la rétraction cicatricielle détermine de l'ectropion. Deux pinces hémostatiques laissées pendant une heure suffisent pour prévenir toute hémorragie. Applications de compresses d'eau fraîche. Trois jours après le malade revient à l'hôpital, nous enlevons les fils métalliques, que nous remplaçons par des bandelettes de tarlatane collodionnée. La cicatrisation est en bonne voie, pas de suppuration. Le malade se fera panser chez lui.

18 *mai.* — L'ablation de la tumeur avait laissé une perte de substance peu considérable, dont les bords avaient été réunis à l'aide de trois fils métalliques. Nous nous promettions de faire disparaître la difformité pouvant résulter de cette perte de substance par anaplastie, s'il n'y avait pas de récidive. La cicatrisation s'effectua complètement en trois semaines, en provoquant le renversement en dehors du tiers externe de la paupière inférieure. Par suite de cet accident le globe de l'œil resta en partie découvert. L'ectropion produisit la saillie du point lacrymal et occasionna du larmoiement et de la sécheresse de la narine correspondante.

Ectropion comprenant le tiers externe de la paupière inférieure gauche. La conjonctive palpébrale est renversée sur une hauteur de 1 centimètre; elle est rouge, hypérémiée, légèrement enflammée. Sur les deux tiers internes de la paupière, le bord libre tend également à se renverser en dehors; le point lacrymal fait saillie en avant; épiphora. Un peu de conjonctivite oculaire; rien d'anormal du côté de la cornée, de la pupille ou de l'iris; aucun trouble de la vision. Sur la partie la plus élevée et la plus externe de la pommette on voit une petite cicatrice rayonnée de bon aspect, trace de la première opération.

18 *mai.* — Chloroforme, nous faisons à 2 millimètres au-dessous de l'ectropion une incision parallèle au bord libre de la paupière inférieure, et nous prolongeons cette incision jusqu'au voisinage du grand angle de l'œil. Nous disséquons ensuite le bord libre par sa face profonde et nous le relevons dans sa situation normale. L'écartement des deux lèvres de l'incision, laisse une perte de substance, de forme triangulaire, dont la base dirigée en dehors a une hauteur d'environ 6 millimètres. L'axe de cette solution de continuité est parallèle au bord libre de la paupière; le sommet se trouve au voisinage du grand angle de l'œil. Ce premier temps de l'opération terminé, nous taillons sur la paupière supérieure un lambeau de même forme et de même direction que la perte de substance, mais nous lui donnons des dimensions un peu plus considérables en

prévision d'un peu de rétraction cicatricielle. Après avoir disséqué ce lambeau par sa face profonde, nous le faisons pivoter sur sa base, afin de l'appliquer sur la perte de substance. Cela fait, nous suturons, à l'aide de fils de soie, le sommet du lambeau à l'angle interne de la solution de continuité, les bords supérieurs et inférieurs, aux bords correspondants de perte de substance. Quant à la perte de substance de la paupière supérieure, nous nous contentons d'en rapprocher les lèvres. Pansement simple. Le malade se fera soigner chez lui.

Revu le 30 mai. La réunion a pu être obtenue par première intention. Résultat complet. La paupière inférieure gauche a repris sa situation, sa forme et ses dimensions. Pas de cicatrice difforme. Il faut s'approcher du malade pour reconnaître qu'il y a eu opération.

3° *Appareil lacrymal.*

Obs. CCXVI. — *Obstruction des conduits et des points lacrymaux consécutive à un traumatisme. Guérison.* — Trest (Jean-Baptiste), trente-huit ans, déménageur, entre le 2 février 1877, salle Saint-Augustin, 77. Il y a huit jours, à la suite d'une égratignure au niveau du grand angle de l'œil gauche, cet œil est devenu rouge, sensible à l'air et à la lumière. Deux jours après un petit abcès s'est formé à un centimètre au-dessous de l'angle interne de l'œil. A partir de ce jour, larmoiement continuel. A son entrée, l'œil est rouge, fortement injecté, le bord de la paupière inférieure est rouge aussi et dans son tiers interne on voit à la base des cils des croûtes au-dessous desquelles sont de petites ulcérations. Gonflement considérable de la paupière inférieure. Sécrétion abondante des larmes. Légère photophobie. Au réveil, le bord des paupières est chassieux, les cils sont collés et le malade éprouve une grande sensibilité à la lumière du jour, mais cette sensibilité disparaît au bout de dix à douze minutes. Le malade porte un eczéma de l'oreille. Compresses d'eau de sureau. Au bout de dix jours, le larmoiement avait considérablement diminué à mesure que l'abcès s'était fermé et le malade sortait complètement guéri.

4° *Orbite.*

Obs. CCXVII. — *Plaie par arme à feu* (*Suicide à deux*). *Pénétration d'une balle de revolver dans l'orbite.* — Valant (Catherine), trente-deux ans, couturière, entre le 2 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 46. Forte constitution, bonne santé habituelle, deux enfants bien portants. Il y a quelques jours, tentative d'empoisonnement par la morphine, sans résultats. Il y a douze heures, elle reçoit à bout portant au niveau de l'apophyse orbitaire externe droite du frontal, un coup de

revolver. L'arme était dirigée horizontalement de l'angle externe de l'œil vers l'angle interne. La malade perdit connaissance pendant un temps qu'elle ne peut déterminer, mais qui paraît avoir été fort court, puisqu'en revenant à elle, elle vit tomber au bas du lit où elle était couchée, l'homme qui, après l'avoir blessée, s'était tiré un coup de revolver dans la région cardiaque. Pas d'hémorragie immédiatement après l'accident. Un médecin appelé sur-le-champ constate au niveau de l'orifice d'entrée de la balle une bosse sanguine du volume d'une noisette.

2 *novembre.* — Au niveau de l'apophyse orbitaire externe du frontal existe une plaie régulièrement circulaire de 7 à 8 millimètres de diamètre, à bords légèrement contus et ecchymosés, par laquelle s'écoulent quelques gouttes de sang. Pas de traces de brûlure par la poudre au voisinage. La bosse sanguine constatée la veille a disparu. La paupière supérieure, violacée, fortement ecchymosée, est œdématiée et retombe au-devant de la pupille. La paupière inférieure est normale. Ecchymose sous-conjonctivale au niveau des bords supérieur et externe de la cornée. Cette membrane elle-même est intacte. Rien de particulier du côté de l'iris. La pupille a la même dilatation que celle du côté opposé. Pas d'exophthalmie. Ecoulement sanguin en nappe très modéré, par la narine droite. Au toucher on reconnaît que l'apophyse orbitaire externe du frontal et la partie sous-jacente du bord orbitaire sont fracturées, sans déplacement notable des fragments qui sont très petits. Le stylet à boule de porcelaine de Nélaton pénètre dans la plaie presque horizontalement, en traversant toutes les parties molles de l'orbite, et se dirige vers le point le plus élevé du bord postérieur de l'os unguis, sans rencontrer le projectile. Celui-ci paraît avoir fracturé la paroi interne de l'orbite pour pénétrer dans les sinus frontaux. L'exploration ne peut être prolongée de ce côté par crainte d'augmenter les désordres. L'examen répété, avec le même instrument, par les fosses nasales, ne donne aucun autre renseignement. Céphalalgie frontale plus accentuée au niveau de la ligne médiane. Intelligence intacte. La malade comprend les demandes qui lui sont faites et répond avec clarté. Aucun trouble appréciable du côté de la sensibilité générale et du mouvement. La vision est complètement abolie du côté droit, à peine existe-t-il une certaine sensibilité lorsqu'on meut, dans l'obscurité, une lumière en face de la pupille. T = 37°,6. P = 92. On applique au niveau de la plaie et sur la région frontale, des compresses imbibées d'eau froide. Pas d'autres accidents consécutifs.

3 *décembre.* — La fièvre a disparu, langue bonne. La malade est surexcitée, pas d'appétit.

6. — Examen à l'ophthalmoscope : Coloration brune uniforme, on

ne distingue ni la pupille, ni les vaisseaux rétiniens. Il est probable que ces différents organes sont masqués par des dépôts hémorragiques.

12. — La plaie est complètement cicatrisée. L'œdème de la paupière supérieure a diminué. La coloration de l'ecchymose palpébrale est devenue jaunâtre. L'ecchymose sous-conjonctivale s'efface progressivement.

22. — Les ecchymoses palpébrale et conjonctivale ont complètement disparu ainsi que l'œdème de la paupière supérieure ; à part un peu d'affaissement du bord orbitaire externe, l'œil du côté droit semble, à la vue, en tout point semblable à celui du côté gauche. A l'ophthalmoscope les symptômes sont exactement les mêmes qu'au moment du premier examen, on ne reconnaît aucune image distincte, la vision est complètement abolie. Depuis plusieurs jours la malade se lève et descend dans le jardin.

7 *décembre*. — Elle quitte le service; aucune modification n'est survenue dans son état.

5° *Conjonctive.*

Obs. CCXVIII. — *Conjonctivite granuleuse. Pannus crassus.* — Millet (François), cinquante-trois ans, charron, entre le 27 décembre 1876, salle Sainte-Eugénie, 70. Sujet robuste, mais jusqu'à seize ou dix-sept ans a toujours eu mal aux yeux. Il y a deux ans, la vue a commencé à se troubler, les paupières sont devenues rouges, photophobie ; parfois de violentes douleurs de tête, principalement dans la tempe droite. Il ne consulta pas, mais se lavait fréquemment les yeux avec de l'eau très fraîche. Enfin, voyant de moins en moins, et souffrant beaucoup, il entre à l'hôpital.

27 *décembre*. — Pannus. Granulations sous la paupière supérieure. Photophobie, larmoiement, douleurs profondes dans l'œil, céphalalgie intense surtout du côté droit et principalement dans la partie supérieure de la face temporale. Cautérisation au sulfate de cuivre, instillation d'atropine ; sort très amélioré, le 22 janvier.

Obs. CCXIX. — *Angiome de la conjonctive. Excision. Guérison.* — Auriac (E.), trente-cinq ans, charbonnière, entre le 17 mars 1877. Bonne santé habituelle, jamais de maladies graves. Il y a trois ans, elle remarqua sur la conjonctive de l'œil droit, à peu de distance de la caroncule, un point rouge foncé, de la grosseur d'une tête d'épingle, ne provoquant ni gêne ni douleur. Cette production s'étendit lentement et progressivement en restant toujours indolente.

17 *mars*. — A un millimètre de la caroncule, plus près de la paupière inférieure que de la supérieure, tumeur de coloration uniformément rouge violacée, qui présente la forme, l'épaisseur

et le diamètre d'une lentille. Sa surface lisse et unie, n'offre ni saillies ni dépressions. Les bords sont réguliers, arrondis et empiètent légèrement sur la conjonctive normale, dont ils sont séparés par un mince sillon. De telle sorte qu'on pourrait passer la pointe d'une aiguille entre leur face profonde et la muqueuse. La consistance de cette petite tumeur est ferme et rappelle celle de certains bourgeons charnus. Pas de battements ; pas de mouvements d'expansion et d'affaissement. La tumeur est irréductible et non fluctuante. Pas de production analogue au voisinage. Aucune trace de capillaires dilatés ou de nouvelle formation au pourtour ou dans l'épaisseur de la tumeur. Nul trouble de la vision. Sensation de corps étranger quand les paupières se ferment.

17 *mars*. — Nous saisissons la tumeur avec une pince, nous la circonscrivons avec le bistouri à la lame étroite et nous l'excisons avec des ciseaux courbes. A peine quelques gouttes de sang. Compresses d'eau froide. Guérison presque immédiate.

Obs. CCXX. — *Mélanome de la conjonctive. Extirpation. Récidive sur place et propagation aux ganglions. — 2e Ablation. Guérison.* (Voir la première partie de ce volume, 11e leçon. Obs. V, p. 139.)

6° *Globe de l'œil en général.*

Obs. CCXXI. — *Contusion de l'œil droit.* — Denis (Toussaint), quarante-quatre ans, fumiste, entre le 24 décembre 1876, salle Sainte-Marthe, 31. La veille, coup de canne plombée sur l'œil droit.

Tuméfaction considérable des deux paupières et teinte ecchymotique très foncée. Impossibilité d'ouvrir l'œil. Gonflement de la partie supérieure de la joue droite et de la fosse temporale. Excoriations cutanées, superficielles. Ecoulement continu de larmes mêlées à une sérosité sanguinolente. L'œdème palpébral rend difficile l'inspection de la conjonctive oculaire qui est très congestionnée. Douleurs lancinantes dans l'œil et le côté droit de la tête ; sensation de corps étranger sous les paupières. Vision normale à gauche. Intelligence intacte. P = 90. Langue sale. Nuit troublée. Compresses d'eau froide en permanence. Quatre sangsues autour de l'orbite. Bouillons et potages.

27 *décembre*. — Tension de l'œil diminuée, douleurs toujours vives. Pas de sommeil. Pas de frissons. P = 88.

29. — Diminution des douleurs et du gonflement. La teinte ecchymotique des paupières s'est affaiblie. Le malade ne peut encore ouvrir l'œil. Pas d'appétit. P = 76. Calomel : 0gr,10 à doses fractionnées.

31. — Nouvelle dose de calomel : la première n'ayant produit que peu d'effet.

3 *janvier* 1877. — Les paupières s'entr'ouvrent. La conjonctive est moins vasculaire. Les douleurs de tête diminuent. Langue sale. Deux verres d'eau de Sedlitz.

5. — Plusieurs selles abondantes. Malaise général.

7. — Bonne nuit. Langue bonne, peu d'appétit. Mieux sensible.

10. — Le mieux continue, l'appétit revient. Chaque nuit plusieurs heures de sommeil. Le gonflement des paupières a beaucoup diminué. Plus d'élancements dans l'œil, mais encore un peu de cuisson.

14. — Le malade ne ressent que quelques douleurs du côté droit de la tête, se lève et marche, pas de vertiges. Sommeil et appétit excellents.

19. — Sort guéri.

7° *Cristallin.*

Obs. CCXXII. — *Cataracte double congénitale.* — Bravard (Jacques), trente-deux ans, balayeur, entre le 24 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 32. Sujet débile, de constitution scrofuleuse, adénite cervicale dans l'enfance, gourme dans les cheveux. Pas de syphilis ou de tuberculose. Variole en 1875.

Il est atteint d'une cataracte double congénitale pour laquelle il n'a subi jusqu'à ce jour aucune espèce de traitement.

A l'âge de dix ans, un médecin consulté à Lyon a dit qu'il n'y avait rien à faire. Jusqu'à ces derniers temps il avait toujours vu suffisamment pour se conduire et pour exercer la profession de balayeur, mais depuis quinze mois, l'acuité de la vision a diminué simultanément des deux côtés, et d'une façon progressive.

Autrefois il distinguait assez nettement les objets très rapprochés, à la condition qu'ils ne fussent pas trop éclairés ; photophobie. Lorsqu'il voulait examiner avec détail, il plaçait la main au-dessus des yeux en forme d'abat-jour, en tournant le dos au soleil.

24 *janvier.* — La vision n'est pas complètement abolie, mais elle est très confuse. Il peut distinguer la lumière de l'obscurité, indique bien la situation d'un objet placé devant lui, mais ne peut donner, sur la forme et la couleur, que des renseignements très vagues. Les symptômes locaux sont sensiblement les mêmes des deux côtés. Il est à remarquer que le globe oculaire est peu développé, atrophié, tandis que le cristallin est au contraire volumineux. A travers la pupille, on remarque, en allant de la périphérie au centre, des zones circulaires concentriques ; une zone opaque de couleur blanc jaunâtre, un cercle brun, et tout à fait au centre un point opaque, de même couleur que la zone périphérique. La capsule du cristallin paraît saine. Outre cette affection le malade est atteint de nystagmus congénital ; les mouvements spasmodiques du globe oculaire s'exercent surtout dans le sens transversal.

Le malade, se trouvant dans l'impossibilité de travailler, demande une opération, et, comme la marche progressive de la lésion amènerait nécessairement l'abolition complète de la vision, nous croyons utile de nous conformer à sa demande. Nous opérerons d'abord l'œil droit. Le malade exige d'ailleurs que nous n'opérions pas le gauche dans la même séance.

3 *mars*. — Le malade est tenu couché. Des aides maintiennent les paupières écartées avec des rétracteurs. Une incision linéaire est faite, au côté externe de la cornée, près de son insertion scléroticale. Nous pratiquons ensuite l'iridectomie, nous faisons la divulsion de la capsule et nous tirons le cristallin à l'aide de pressions douces et de la curette. Malgré le nystagmus qui est fort gênant, l'opération put être conduite à bonne fin. Pansement avec un petit linge imbibé de glycérine. Compresse ouatée et bande de flanelle. Pas de fièvre, pas d'accidents consécutifs. Vingt jours après l'opération la vision commençait à être distincte. Le malade put partir pour Vincennes le 31 mars 1877.

Revu le 14 avril 1877 ; il voit mieux qu'avant l'opération, mais il existe un enclavement de l'iris du côté opéré (bord externe). N'est plus revenu.

B. — APPAREIL DE L'AUDITION.

1° *Oreille externe.*

Obs. CCXXIII. — *Épithélioma du pavillon de l'oreille ayant les caractères du lupus hypertrophique. Ablation.* — Wandevalle (Clara), trente-six ans, lingère, entre le 21 décembre 1878, salle Sainte-Marthe, 41. Père mort asthmatique à soixante-trois ans. La malade est bien constituée. Lymphatisme, gourme abondante dans les cheveux et sur la face dans l'enfance. Pas d'autres manifestations strumeuses. Elle nie tout antécédent syphilitique. Pas de tuberculose. Jamais de maladie grave. Menstruation régulière depuis l'âge de onze ans. Les règles durant quatre jours sont abondantes, fortement colorées, sans caillots. Elles reviennent tous les vingt et un jours. Jamais de leucorrhée. Quatre grossesses naturelles de dix-neuf à trente-un ans. Trois enfants sont morts en bas âge avec les symptômes de l'athrepsie. Il y a dix-huit ans, elle remarqua sur la face externe du pavillon de l'oreille gauche, à l'union de l'hélix et du bord postérieur du lobule, un tubercule, saillant, hémisphérique, régulièrement arrondi, du volume d'un pois. Sa surface lisse, unie, tendue, présentait une coloration uniforme d'un rose cerise. Sa consistance était ferme, rénitente, élastique. La base se continuait avec une sorte de tuméfaction aplatie de la peau, très limitée, de coloration normale et de même consistance

que le tubercule. Celui-ci n'était le siège d'aucune sensation particulière. Cette production s'est d'abord développée lentement sans déterminer ni gêne, ni douleur. Plus tard elle devint le siège d'un léger prurit qui portait la malade à se gratter. Il y a dix ans, elle se fit une écorchure qui donna lieu à un écoulement sanguin et qui se couvrit les jours suivants de croûtes brunâtres. Celles-ci tombèrent bientôt en laissant au-dessous d'elles une surface unie, sans traces de cicatrice; mais à partir de ce moment la tumeur devint le siège d'une desquamation épidermique en forme de plaques. Il y a trois ans et demi, la malade eut une névralgie faciale du côté gauche qui dura jusque il y a six mois.

La guérison survint à la suite de plusieurs séances d'électricité. A partir de cette époque l'évolution de la tumeur devint rapide, elle s'étendit surtout du côté du lobule de l'oreille qu'elle finit par envahir en totalité.

21 *décembre.* — Le pavillon de l'oreille présente une déformation portant sur la partie inférieure de la conque et sur le lobule dont le volume est considérablement augmenté. Les téguments et les parties profondes y participent. Ils donnent lieu à une sorte de tumeur ovoïde à grosse extrémité inférieure du volume d'un œuf de poule. La tumeur est régulière à la surface, elle serait même lisse si les téguments n'étaient recouverts d'écailles épidermiques minces, d'un blanc grisâtre, semées irrégulièrement comme s'il y avait une desquamation active. Les téguments aussi bien que les tissus sous-jacents ont une coloration violacée, ocreuse, un peu vineuse uniforme, totale, sans lacunes de peau saine, sans trace de vaisseaux. Elle rappelle celle du lupus hypertrophique. Aucune trace d'ulcération ou de cicatrice. La coloration de cette tumeur fait que ses limites à l'intérieur de la conque et au pourtour de l'hélix sont facilement reconnaissables. La consistance de cette production morbide est caractéristique; elle est solide, mais mollasse et tient le milieu entre le tissu du lipôme et celui des tumeurs érectiles. Il est impossible, au toucher pas plus qu'à la vue, de différencier la part qui revient dans la tumeur aux téguments et aux autres tissus placés dans leur intervalle. Tous semblent entrer dans sa constitution pour former une masse anormale et homogène.

Chloroforme. Hémostasie préventive à l'aide de pinces placées sur le pavillon de l'oreille au-dessus de la tumeur. Nous la circonscrivons de façon à ménager le plus possible les téguments qui paraissent sains sur les faces antérieure et postérieure du pavillon, mais nous ne pouvons rien conserver du lobule. Au-dessous des téguments, nous excisons la couche fibro-cartilagineuse et les tissus intermédiaires. Cinq serres fines suffisent pour affronter les bords de la plaie. Pas d'hémorragie.

Coupe de la tumeur. — On voit que la masse principale est centrale et située dans l'intervalle des téguments qui, à part leur coloration spéciale, ne paraissent pas faire partie de la tumeur. Celle-ci présente une enveloppe mince, finement aréolaire de tissu celluleux qui entoure une masse homogène un peu saignante, lisse, unie, rappelant par son aspect et sa consistance le parenchyme de la rate ou le tissu des tumeurs myéloplaxiques types.

Examen microscopique. — Les pièces histologiques montrent, d'une part, de larges traînées d'éléments épithélioïdes, de l'autre, des glandes sébacées subissant la dégénérescence cornée (André). *Diagnostic histologique.* — Epithélioma.

Le lendemain de l'opération la malade retourne chez elle ; les pansements seront faits par le médecin.

Obs. CCXXIV. — *Épithélioma du pavillon de l'oreille. Ablation.* — Perrier (Guillaume), soixante-deux ans, nourrisseur fermier, entre le 7 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 5. Pas d'hérédité, constitution robuste, bonne santé habituelle. En août dernier il remarqua sur le tragus de l'oreille gauche une croûte verruqueuse fendillée qui était le siège d'un prurit intense. En un mois, le mal fit de rapides progrès, et prit la forme d'une petite tumeur globuleuse, pédiculée, du volume d'une noisette. On en fit l'ablation, mais elle récidiva, malgré les cautérisations que l'on fit sur la base d'implantation. Peu à peu la surface devint saignante, prit les caractères d'une ulcération qui s'étendit de proche en proche et ne tarda pas à se recouvrir de bourgeons charnus qui formèrent une petite tumeur.

7 *novembre.* — L'oreille gauche est déformée par une tumeur végétante de forme irrégulière, du volume d'une châtaigne, qui recouvre le tragus et la moitié antérieure du lobule ; son bord postérieur s'avance au-devant de l'antitragus en recouvrant l'orifice externe du conduit auditif, son bord antérieur empiète de quelques millimètres sur la région parotidienne. La surface de cette production est ulcérée, recouverte de croûtes jaunâtres ou brunâtres, épaisses, agglutinées par place, séparées dans d'autres points par des fissures qui laissent suinter un liquide jaune, ichoreux, d'odeur fétide. Lorsqu'on arrache ces croûtes on trouve au-dessous d'elles un grand nombre de bourgeons charnus, mollasses, saignants, papilliformes, séparés par des anfractuosités que remplissent des détritus purulents et hémorragiques ou le même liquide ichoreux que nous venons de signaler. Au toucher, la tumeur repose sur une base indurée assez épaisse, sa surface profonde est adhérente au cartilage sous-jacent. Par sa périphérie, au contraire, elle est encore bien limitée, n'envoie aucun prolongement dans les régions voisines et vers le conduit auditif externe, ce dont on peut se convaincre en soulevant le tragus

qui entraîne toute la masse morbide. Les ganglions parotidiens, cervicaux et sous-maxillaires ne présentent rien de particulier.

10. — Chloroforme. L'hémostasie préventive est faite à l'aide de 2 pinces dont les mors embrassent le pavillon de l'oreille, au-dessus et en arrière du conduit auditif. A l'aide de ciseaux, incision verticale qui divise en deux moitiés le lobule et dont l'extrémité supérieure arrive jusqu'au voisinage du bord inférieur de l'orifice externe du conduit auditif. Nous faisons ensuite à l'aide du bistouri une incision elliptique qui circonscrit les bords supérieur et antérieur de la tumeur. Celle-ci se trouve ainsi complètement isolée; nous la détachons alors par sa face profonde avec le tragus sur lequel elle s'implante. Peu de sang pendant l'opération. De l'ablation résulte une perte de substance angulaire, que nous ne jugeons pas utile de combler. Deux pinces hémostatiques sont laissées pendant vingt-quatre heures sur les bords de la plaie. Pansement alcoolisé et ouaté compressif. *Examen histologique.* — Épithelioma pavimenteux. Pas d'accidents consécutifs. Quinze jours après l'opération la cicatrisation était complète.

Obs. CCXXV. — *Sarcome fasciculé du lobule de l'oreille.* — Himmler (Wilhelmine), soixante-treize ans, sans profession, entre le 3 novembre 1877. Pas d'hérédité. Forte constitution, bonne santé habituelle. Il y a trois ans, elle vit apparaître à l'extrémité libre du lobule de l'oreille gauche une petite tumeur dure, douloureuse, qui atteignit en 5 mois le volume d'une petite noisette. A cette époque on en fit l'ablation ; cicatrisation rapide. Un mois plus tard, récidive, la tumeur marche assez lentement, mais devient le siège de douleurs lancinantes et de prurit, plusieurs fois elle a donné lieu à des écoulements sanguins peu abondants.

3 *novembre.* — Le lobule est déformé par une tumeur du volume d'une grosse châtaigne, composée de trois petits lobes régulièrement arrondis. Deux d'entre eux ont le volume d'une noisette, le troisième qui est postérieur et inférieur aux autres est gros comme un petit œuf de pigeon. Ces trois lobes sont séparés par des sillons anfractueux, profonds. Cette tumeur forme un appendice à l'oreille sur l'emplacement du lobule, et ne contracte aucune adhérence avec la joue et les parties voisines. La peau qui la recouvre est uniformément violacée, mais ne renferme ni vaisseaux dilatés, ni capillaires de nouvelle formation. Entre les trois lobules qui composent la tumeur on trouve l'orifice de la boucle d'oreille, il est rougeâtre, enflammé et laisse couler quelques gouttes de sang. La tumeur est dure, solide, de consistance homogène fibroïde, sans points ramollis ou fluctuants. Elle adhère par tous les points de sa surface à la peau qui la recouvre. Lorsqu'on la comprime entre les doigts elle est exsangue et perd sa coloration.

3 *novembre.* — La malade n'est pas endormie. Hémostasie préventive avec deux pinces placées sur l'oreille immédiatement au-dessous de la tumeur. A l'aide du bistouri nous faisons l'ablation totale de la masse morbide avec la peau qui la recouvre, en conduisant notre incision au-dessous des mors de nos pinces. Pas une goutte de sang pendant l'opération. Réunion des bords de la plaie à l'aide de trois fils métalliques. Pansement alcoolisé et ouaté compressif. Pas d'accidents consécutifs. Les fils furent enlevés le quatrième jour; réunion par première intention.

Examen microscopique. — La tumeur est composée par du tissu fibreux, a des fibres rubanées larges. Entre ces fibres existent des cellules étoilées anastomosées par leurs prolongements, des cellules rondes, des cellules fibro-plastiques affectant par place une disposition fasciculée. *Diagnostique histologique.* — Sarcome fasciculé.

Obs. CCXXVI. — *Tumeur polypoïde de l'oreille droite et consécutive à une nécrose limitée du conduit auditif externe. Extirpation de la tumeur. Enlèvement du séquestre. Guérison.* — Diome (Charles), vingt-cinq ans, cartonnier, entre le 9 février 1877, salle Sainte-Marthe, 28. Scrofuleux, affecté depuis six mois d'otite chronique du côté droit. Dès le début, otalgies violentes, vertiges et bourdonnements, puis écoulement purulent par le conduit auditif externe. Surdité de ce côté. Traitement pendant trois mois dans le service de M. Le Dentu : on fit, alors, au dire du malade, l'ablation d'un polype qui siégeait profondément dans le conduit auditif et qui n'était pas apparent à l'extérieur. Injection d'eau de feuilles de noyer. Amélioration notable. Diminution de la surdité. Après sa sortie de l'hôpital, les accidents reparurent avec plus de violence; bientôt il remarqua à l'entrée du conduit auditif externe, un bourgeon charnu qui en oblitérait la lumière. La diminution de la suppuration coïncidait avec du gonflement des régions voisines et principalement de la région mastoïdienne.

9 *février.* — Surdité complète du côté droit. Nous constatons la présence d'un polype du conduit auditif, il revêt l'aspect d'un gros bourgeon charnu de couleur rosée et de consistance molle : entre sa surface et les parois du conduit auditif s'écoule du pus. Un stylet glissé dans cet interstice permet de constater que le polype est sessile et s'implante sur la paroi postérieure du conduit à environ un centimètre de l'orifice externe.

On circonscrit, par une anse métallique, la base de la tumeur et on en fait l'ablation, à l'aide du petit ligateur coudé de M. Desarènes, sorte d'écraseur linéaire. Le polype enlevé, on constate, à l'aide d'un stylet, qu'il existe au point d'implantation un séquestre mobile ; on le détache avec la sonde cannelée et on l'extrait avec des pinces.

Injections d'eau émolliente. Aussitôt après l'opération, la surdité diminue. La suppuration se tarit en quelques jours et le malade retourne chez lui trois jours après l'opération (20 février 1877).

2° *Oreille moyenne.*

Obs. CCXXVII.— *Otite moyenne double. Polype de la caisse du côté gauche. Surdité. Extirpation du polype. Amélioration.* — Greneillot (Anna) dix-huit ans, couturière, entre le 15 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 40. Malade petite, maigre, sans antécédents pathologiques, sans signes apparents de scrofule. Réglée régulièrement à partir de treize ans. Depuis l'âge de trois ans, écoulement de pus par les oreilles. L'audition n'a jamais été bonne ni d'un côté ni de l'autre. Depuis six mois écoulement du côté gauche devenu plus abondant, audition presque abolie. Du côté droit, écoulement moins abondant mais continu.

15 *juin.* — Écoulement fétide muco-purulent par les deux conduits auditifs, plus abondant du côté gauche. Bourdonnements d'oreille surtout prononcé à gauche. Douleurs peu vives. Après avoir nettoyé les conduits avec un peu de coton on constate une vive rougeur érythémateuse.

A l'ostocope : la membrane du tympan du côté droit est intacte ; à gauche, le conduit est obstrué par une tumeur rosée qui s'avance jusqu'à un demi-centimètre de l'orifice externe et revêt les caractères d'un bourgeon charnu. On peut, à l'aide d'un stylet assez fin, la contourner et s'assurer que sa base s'enfonce vers la caisse et que la membrane du tympan a été détruite. Des deux côtés, l'audition est abolie. La malade n'entend pas une montre appliquée contre le pavillon.

20 *juin.* — La production polypeuse est enlevée avec le serre-nœud de M. Desarènes. Le polype s'implantait dans la caisse et avait détruit la membrane tympanique. Le pédicule fut cautérisé avec une solution de nitrate d'argent porté dans la caisse à l'aide d'une petite tige spéciale. Injections alunées dans les deux oreilles.

30 *juin.* — Dix jours après l'opération la malade quitte le service : l'écoulement était moins abondant ; l'audition est meilleure mais pas encore normale. Tous les deux jours la malade revient dans le service pour faire le pansement et cautériser le pédicule.

10 *juillet.* — L'écoulement a presque disparu du côté droit : à gauche même état.

20. — Amélioration. La malade distingue bien le bruit d'une montre appliquée contre le pavillon.

30. — Écoulement moins abondant. La paroi interne du conduit auditif est moins rouge. Il ne reste presque plus rien du pédicule. Du côté gauche, la montre est entendue seulement au contact du pavillon. A droite, la malade entend la voix ordinaire et une montre placée à 10 centimètres du pavillon.

10 *août*. — L'écoulement a disparu du côté droit. A gauche, il est de moins en moins abondant. On cesse la cautérisation. La montre est entendue à 2 centimètres environ à gauche et à 20 centimètres à droite. La malade n'est plus revenue.

Obs. CCXXVIII. — *Otite moyenne. Trépanation de l'apophyse mastoïde.* — Schaffer (Charles), trente-quatre ans, mécanicien, entre le 14 novembre 1877, salle Saint-Augustin, 6. Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle. Il y a trois mois, première blennorrhagie. Toux depuis deux mois ; parfois sueurs nocturnes abondantes. Depuis un mois, perte des forces et amaigrissement. Il y a neuf jours, il fut exposé au froid et éprouva de violentes douleurs dans l'oreille gauche. Le lendemain, céphalalgie localisée à gauche, écoulement séro-purulent jaunâtre par le conduit auditif externe. Depuis deux jours l'ouïe s'est considérablement affaiblie du même côté.

14 *novembre*. — Écoulement purulent abondant et continu par le conduit auditif externe. La peau qui recouvre l'apophyse mastoïde est rougeâtre, un peu tuméfiée. Œdème des parties molles qui conservent l'empreinte du doigt, pas de fluctuation appréciable. Douleurs excessives à la pression sur la région mastoïdienne. L'ouïe est complètement abolie, le malade n'entend pas le bruit d'une montre accolée à son oreille. A l'otoscope : perforation de la membrane du tympan ; pas de végétations polypiformes. La trompe d'Eustache est perméable. Otalgie continue, mais moins vive qu'au début. L'examen des organes thoraciques donne des résultats négatifs.

17 *novembre*. — Chloroforme. Après avoir pris des points de repère suivant notre procédé habituel, nous faisons une incision cruciale au niveau de la grande cellule mastoïdienne. Après avoir ruginé le périoste en ce point, nous appliquons une petite couronne de trépan. L'os est le siège d'ostéite condensante, notre instrument se brise et nous sommes obligé de continuer l'opération avec un évidoir. Nous tombons bientôt dans la grande cellule qui est pleine de pus. L'opération terminée, nous plaçons dans l'orifice osseux, un petit tube en argent qui facilitera l'écoulement des liquides et des injections.

18. — Écoulement abondant de pus. L'eau émolliente injectée par le tube, soit par le conduit auditif externe. Les douleurs ont complètement disparu. Les jours suivants, on continue à faire des injections par le tube. L'écoulement se tarit peu à peu. L'ouïe s'améliore. Le 3 décembre 1877, le malade va suffisamment bien

pour quitter le service. La suppuration est tarie, mais l'ouïe n'est pas complètement revenue.

Obs. CCXXIX. — *Otite moyenne suppurée. Nécrose partielle et trépanation spontanée de l'apophyse mastoïde.* — Leroy (Louis), cinquante-neuf ans, garçon de recette, entre le 16 février 1877, salle Sainte-Marthe, 5. Sujet de forte constitution ; aucun symptôme de scrofule ou de syphilis. En février 1876, il remarqua que l'ouïe devenait dure du côté gauche. Bientôt, s'effectua par le conduit auditif externe un écoulement purulent, qui persista pendant quatre mois, sans s'accompagner de douleurs. En juin 1876, la suppuration était complètement tarie, mais la surdité persista. Il y a quatre mois, un abcès s'est fait jour à l'extérieur au niveau de la partie moyenne de l'apophyse mastoïde, en arrière du pavillon de l'oreille. Le malade éprouvait en ce point une sensation de prurit qui l'obligeait à se gratter, mais il n'éprouva jamais de douleurs véritables. A la même époque, les accidents qui avaient signalé le début de l'affection de l'oreille gauche (surdité et écoulement purulent) se reproduisirent pour l'oreille droite en évoluant avec la même indolence. La suppuration par le conduit auditif a diminué peu à peu, mais en même temps un second abcès s'est ouvert sur l'apophyse mastoïde droite en un point symétrique de celui qui a été décrit à gauche. Aujourd'hui on trouve sur l'apophyse mastoïde gauche, l'orifice d'un trajet fistuleux, assez régulièrement circulaire, de 7 à 8 millimètres de diamètre, qui donne continuellement issue à un pus jaunâtre mal lié, d'une odeur fétide. Les bords de cet orifice sont recouverts de bourgeons charnus. Le stylet introduit dans le trajet pénètre dans les cellules mastoïdiennes. Il s'est produit une sorte de trépanation naturelle de dedans en dehors. Au moyen d'une sonde cannelée solide, on reconnaît que les parois osseuses du conduit fistuleux sont nécrosées, il existe un séquestre mobile qui peut être extrait. Sur l'apophyse mastoïde droite en un point correspondant, on trouve une croûte épaisse formée par du pus concrété. Suppuration peu abondante par le conduit auditif du même côté. Le malade ne ressent aucune douleur à droite ou à gauche, mais l'ouïe est très altérée, il ne perçoit les sons qu'à une faible distance. Le tic-tac d'une montre n'est plus entendu à 3 centimètres du pavillon.

17 *février*. — L'examen à l'otoscope pratiqué par M. Garrigou Desarènes, révèle une perforation des deux tympans. Si on ordonne au malade de souffler en maintenant la bouche et le nez fermés, on entend un sifflement caractéristique produit par le passage de l'air au travers des déchirures.

Opération. — Le malade n'est pas endormi ; au moyen de la sonde cannelée, on détache deux séquestres du point nécrosé de l'apophyse mastoïde gauche, il est alors facile de les enlever avec des pinces.

Le plus volumineux a une longueur de 1 centimètre sur 2 millimètres de largeur, le second mesure 2 millimètres dans tous les sens. Du côté droit, on détache les croûtes qui recouvrent la face externe de l'apophyse mastoïde. Elles recouvraient de gros bourgeons charnus au milieu desquels existe un petit orifice. La sonde cannelée pénètre par cet orifice en l'agrandissant jusque dans la grande cellule mastoïdienne et en fait sortir du pus. Il y a carie des parties osseuses, mais pas de séquestres mobiles. On fait à ce niveau une incision cruciale, afin de faciliter l'écoulement du pus et les pensements. De petits tubes métalliques et des mèches sont introduits dans les fistules afin de s'opposer à l'arrêt spontané de la suppuration. Le malade part le 22 février dans un état satisfaisant.

Obs. CCXXX. — *Otite suppurée et inflammation des cellules mastoïdiennes. Trépanation de l'apophyse mastoïde.* — Pannequin (Mélanie), trente-neuf ans, journalière, entre le 9 février 1877, salle Sainte-Marthe, 51. Vertiges, bourdonnements, otalgie violente depuis huit jours. Les douleurs ont gagné la région mastoïdienne. Écoulement d'un pus verdâtre fétide par le conduit auditif externe droit. Surdité complète du côté. Le traitement par les injections astringentes est resté sans effet. L'examen otoscopique démontre que la membrane du tympan est largement perforée. Bruit de sifflement caractéristique, quand la malade souffle en maintenant la bouche et le nez fermés. Rougeur et tuméfaction de la région mastoïdienne. Vives douleurs à la pression au niveau de l'apophyse mastoïde. Au toucher, on constate facilement l'épaississement du périoste. La vision du côté droit est moins nette depuis le début des accidents.

17 *février.* — Chloroforme. Incision cruciale, rugination du périoste. Nous appliquons une petite couronne de trépan et nous reconnaissons que la lame compacte est le siège d'ostéite condensante. La grande cellule mastoïdienne est pleine de pus. Dans l'orifice que nous venons d'établir, nous plaçons un tube d'argent à demeure. Le pansement consiste en mèches de charpie alcoolisées et en injections d'eau alcoolisée.

Le lendemain de l'opération les douleurs avaient beaucoup diminué, elles disparurent complètement dès le troisième jour. Le 26 février, l'audition avait repris toute sa netteté. Le 7 mars, la malade sortait complètement guérie.

Obs. CCXXXI. — *Otite moyenne. Perforation du tympan. Végétations polypoïdes du conduit auditif externe. Inflammation des cellules mastoïdiennes. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Injections d'eau émolliente. Guérison.* — Fauvadel (Albert), dix-neuf ans, mécanicien, entre le 12 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 30. Sujet pâle, anémique. Pas d'antécédents héréditaires, n'a jamais fait de maladies graves, mais constitution débilitée. Il y a six mois, à la suite

d'un coup sur l'apophyse mastoïde droite, il éprouva de violentes otalgies ; l'acuité de l'ouïe diminua sensiblement de ce côté; et bientôt un écoulement purulent abondant se fit jour par le conduit auditif externe, et procura au malade un soulagement passager. Puis les douleurs reparurent, l'écoulement purulent continua à s'effectuer par le conduit auditif, la surdité devint presque complète. En même temps l'état général s'affaiblit, le malade maigrit, perdit ses forces et fut obligé d'interrompre ses travaux. Il consulte le Dr Désarènes, qui l'envoie à l'hôpital.

12 *octobre*. — Écoulement d'un pus séreux, mal lié, fétide, par le conduit auditif externe, dont l'orifice est le siège d'une sorte d'eczéma. La région mastoïdienne est tuméfiée, rougeur inflammatoire de la peau. Au toucher, les parties molles sont indurées et épaissies comme dans le cas de périostite ou d'inflammation chronique, mais on ne trouve en aucun point de fluctuation. L'examen à l'otoscope démontre que la membrane du tympan est complètement détruite, et que le conduit auditif est envahi par des végétations polypoïdes qui le comblent en partie et entre lesquelles suinte un pus abondant. Les douleurs sont actuellement supportables, mais la pression au niveau de l'apophyse mastoïde est très douloureuse. L'ouïe, normale du côté opposé, est complètement abolie du côté malade. L'état général est alarmant, émaciation extrême, pâleur cireuse de la face, décoloration des muqueuses. L'examen des organes thoraciques ne révèle rien du côté du cœur; mais du côté du poumon : respiration soufflante aux deux sommets, submatité au même niveau; pas de râles, pas de craquements humides. Le malade n'a jamais eu de sang dans ses crachats. Sueurs nocturnes.

12 *octobre*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous faisons, sur l'apophyse mastoïde, une incision cruciale dont le centre répond au point d'intersection des deux lignes. Les parties molles sont épaissies, comme lardacées, mais ne contiennent pas de pus. Les angles de notre incision étant rétractés à l'aide de pinces hémostatiques, nous faisons la rugination du périoste suivant une petite surface triangulaire, qui répond à l'emplacement de la grande cellule. Nous appliquons une couronne de trépan de 1 centimètre, à ce niveau; le tissu osseux est le siège d'ostéite condensante. Après avoir enlevé la lamelle osseuse isolée par le trépan, nous tombons dans la grande cellule mastoïdienne et le pus se fait immédiatement jour par cette voie. L'opération terminée, nous plaçons un tube d'argent dans l'orifice qui vient d'être pratiqué, afin de le conserver perméable et de faciliter l'écoulement du pus. Guérison au bout de 5 jours.

Obs. CCXXXII. — *Otite moyenne. Paralysie faciale. Trépanation de l'apophyse mastoïde.* — Besnier (Adrien), seize ans, peintre, entre le 2 janvier 1878, salle Sainte-Marthe, 23.

Père mort de péritonite. Ophthalmies et adénites cervicales dans l'enfance; scrofule. A l'âge de un an, otite moyenne et abcès mastoïdien du côté droit. Écoulement du pus par le conduit auditif externe. Otalgies violentes toutes les fois que la suppuration s'arrêtait. A l'âge de trois ans, il entra à l'hôpital Sainte-Eugénie où l'on fit l'ablation d'un séquestre de l'apophyse mastoïde. Le malade a toujours été sourd du côté droit. Depuis un an paralysie faciale droite, l'otorrhée qui avait momentanément diminué a repris toute son intensité dans les derniers temps. Ces derniers accidents amènent le malade à l'hôpital.

2 *janvier*. — Écoulement par le conduit auditif externe du côté droit, d'un pus abondant verdâtre, séreux, mal lié, mélangé de grumeaux caséeux et de granulations osseuses. Les téguments de la conque et du lobule sont érythémateux. Lorsqu'on ordonne au malade de souffler après avoir fermé la bouche et le nez, on entend au niveau de l'oreille un sifflement, caractéristique de la perforation du tympan. L'otoscope démontre, en effet, que cette membrane est complètement détruite. Surdité complète du côté droit. Il existe à gauche une diminution de l'acuité auditive; le malade ne perçoit le bruit d'une montre qu'à une distance de 15 centimètres. Pourtant l'oreille de ce côté n'est le siège d'aucune altération appréciable. Douleurs légères, rongeantes, continues, s'exagérant au point d'interrompre le sommeil, toutes les fois que l'otorrhée tarit ou diminue. La paralysie du facial droit porte sur toutes les branches de ce nerf émises à partir du ganglion géniculé. La face présente l'asymétrie caractéristique. La moitié droite large, étalée, complètement immobile, paraît plus saillante que la moitié gauche et ne prend aucune part à la mimique faciale. Les muscles de la moitié gauche partiellement rétractés en raison du relâchement de leurs antagonistes donnent à cette partie du visage un aspect ridé, atrophié, grimaçant. L'asymétrie s'exagère lorsque le malade parle ou rit. L'aspect lisse et uni de la moitié droite du front contraste avec les plis du côté opposé. Les paupières droites restent entr'ouvertes même pendant le sommeil, ce qui entretient de ce côté un certain degré de conjonctivite. L'aile droite du nez est affaissée, plus rapprochée de la cloison que sa congénère. La joue droite est tombante, elle obéit passivement au mouvement que lui impriment les colonnes d'air inspiré ou expiré. La commissure labiale du même côté est abaissée et rapprochée de la ligne médiane, tandis que la commissure gauche est attirée en haut et en dehors et légèrement entr'ouverte. La bouche paraît tordue; lorsque le malade tire la langue, la pointe se dévie légèrement à gauche. La moitié droite du voile du palais est abaissée, flottante, ce qui déforme l'ogive palatine et rend difficiles la déglutition et la parole. Il existe en effet un certain degré de nasonnement. Pas de troubles cérébraux : le malade répond avec intelligence aux questions qu'on lui adresse, la mémoire

est bonne. L'examen du pus dans lequel on trouve des débris osseux, l'extension progressive des lésions, nous démontrent que nous avons affaire à une carie de la caisse du tympan. Il importe d'ouvrir au pus une large voie afin de prévenir des accidents plus redoutables.

5 *janvier*. — Chloroforme. Trépanation de l'apophyse mastoïde au niveau de la grande cellule, suivant notre procédé habituel. Le point de convergence de ces deux lignes répond au centre de la grande cellule.

A l'aide du bistouri nous incisons les parties molles jusqu'à l'os, nous ruginons ensuite le périoste suivant une petite surface triangulaire qui répond à l'emplacement de la grande cellule, et nous trépanons l'os en ce point. Nous sommes bientôt averti du succès de notre opération, par l'écoulement d'un pus identique à celui qui sort du côté de l'oreille externe.

Nous fixons alors, à demeure, dans la voie que nous venons de créer, une canule en argent qui permettra de faire dans l'oreille des injections. Le disque osseux enlevé par le trépan, est ramolli, friable, atteint de carie avancée. Pas de réaction fébrile. Dès le lendemain de l'opération on commence à faire par la canule des lavages qui procurent au malade un grand soulagement.

L'otorrhée diminue légèrement à partir du quatrième jour sans que les douleurs reparaissent.

Quant à la paralysie faciale elle ne subit aucune modification pendant le court séjour du malade dans nos salles.

Le malade retourne chez lui le 13 janvier.

Obs. CCXXXIII. — *Otite moyenne suppurée. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Guérison.*— Besse (Jean), trente-deux ans, charbonnier, entre le 15 juillet 1877, salle Sainte-Marthe, 11. Malade bien constitué, vigoureux, sans antécédents pathologiques. Otorrhée depuis deux mois. Le malade était en sueur : il s'expose à un courant d'air froid. Douleurs immédiates dans l'oreille droite ; bourdonnements, élancements. Au bout de huit jours écoulement muco-purulent. L'ouïe était très affaiblie du côté affecté. On conseilla des fumigations avec une infusion de fleurs de sureau, puis des injections avec de l'eau tiède et une solution de sulfate de cuivre. Le même état dure ainsi pendant cinq semaines. Le malade n'entendait plus de l'oreille droite : douleurs un peu moindres, bourdonnements contiuuels, écoulement abondant. Vingt jours avant son entrée dans le service, il a ressenti derrière l'oreille douleurs sourdes, lancinantes. Aujourd'hui, mêmes symptômes. Œdème de la région mastoïdienne. Le conduit auditif externe est d'un rouge vif et plein de pus verdâtre, fétide. Après l'avoir nettoyé, on constate que jusqu'à la membrane du tympan qui est perforée, ce conduit est enflammé. La membrane tympanique

présente une solution de continuité dans son tiers antérieur et supérieur.

La région mastoïdienne est œdématiée, la peau y est rouge et chaude, douloureuse à la pression, sans fluctuation nulle part. Le malade se plaint de maux de tête violents limités au côté droit de la face ; depuis huit jours, chaque soir, il dit avoir un peu de fièvre; il a eu quelques frissons. Pas d'appétit, sommeil agité.

Rien de particulier du côté gauche. A droite l'audition est complètement abolie ; le malade n'entend pas le bruit d'une montre même au contact du pavillon. P = 90, T = 38.

14 *juillet.* — Trépanation de la grande cellule mastoïdienne: il sort un filet de pus crémeux. Une petite canule est placée dans la cellule afin de permettre de faire des lavages. Les injections faites par la canule reviennent par le conduit auditif externe après avoir traversé l'oreille moyenne.

17. — Amélioration, plus de fièvre. Douleurs moins vives. Ecoulement toujours abondant; on continue les lavages.

20. — Le malade entend la montre à 5 centimètres du pavillon. Il quitte le service : il continuera chez lui les injections par la canule fixée à demeure.

30. — Écoulement moins abondant. L'audition revient peu à peu.

6 *août.* — L'amélioration continue. Injections alunées.

16. — Le malade va de mieux en mieux. L'écoulement est presque nul. On retire la canule.

20. — L'orifice qui pénétrait dans la cellule mastoïdienne est complètement comblé. Répression de quelques bourgeons charnus avec le nitrate d'argent. Le malade ne revient plus.

C. — APPAREIL DE L'OLFACTION.

1° *Narines.*

CCXXXIV. — *Atrésie des narines consécutive à une variole confluente.* — Quey (Charles), trente-huit ans, porteur de pain, entre le 20 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 11. Pas d'hérédité. Bonne constitution. Variole confluente grave à l'âge de trois ans et demi. Cette maladie laissa le visage criblé de cicatrices, qui ont déformé le nez, en déterminant l'affaissement des ailes et l'oblitération presque complète des orifices antérieurs des narines. De cette déformation résulte pour le malade l'impossibilité de respirer par le nez, une sécheresse continuelle de la bouche et du gosier, une diminution notable de l'odorat.

20 *novembre.* — Les ailes du nez ont en partie perdu leur mobilité. Au lieu de décrire une courbe à convexité externe, elles sont affaissées et presque planes. Elles sont maintenues dans cet état, par



de petites brides cicatricielles antéro-postérieures situées dans le sillon qui contourne le bord posterieur de ces ailes, et surtout par l'accolement de leur bord libre à la partie correspondante de la sous-cloison. Les orifices antérieurs des narines sont réduits de chaque côté à un pertuis régulièrement circulaire, de 1 millimètre de diamètre, très rapproché du bord adhérent de la lèvre supérieure. Ce pertuis admet à peine l'extrémité d'un stylet de trousse. A l'aide d'un instrument plus grêle il est facile de reconnaître que l'épaisseur verticale de la bride qui soude les ailes à la cloison est de un demi-centimètre.

15 *décembre*. — Chloroforme. A l'aide d'un bistouri à lame étroite nous faisons deux incisions qui, par leur étendue et leur direction, représentent les orifices antérieurs des narines. Elles commencent au niveau des pertuis et se dirigent obliquement en avant et en dedans vers le lobule du nez. Afin d'empêcher que le travail de cicatrisation réunisse les bords de nos incisions, nous suturons au niveau de l'angle antérieur des orifices que nous venons d'établir, la peau et la muqueuse à l'aide de trois points de suture métallique de chaque côté ; puis nous introduisons dans les narines des fragments de sonde en caoutchouc. Bien que les tissus soient très vasculaires, trois pinces hémostatiques, placées sur chaque aile et sur la sous-cloison, suffisent pour prévenir toute hémorragie. Guérison au bout de quinze jours.

2° *Nez.*

Obs. CCXXXV. — *Acné sébacée partielle du nez et de la joue. — Dégénérescence épithéliale consécutive* (*Collection particulière*, *pièce n° 375*). — Coché, quarante ans, serrurier, entre le 13 juillet 1878. Ce malade porte sous la paupière inférieure gauche, au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur, une tumeur ulcérée de forme oblongue, de consistance cartilagineuse sur les bords. Le début remonte à huit ans; c'était un petit bouton aplati comme une lentille que le malade grattait et souvent même écorchait. Dans ce cas il se formait une croûte. Pendant cinq ans il n'a pas fait de traitement. Une légère desquamation se produisait au-dessus du mal. C'était, au dire du malade, une sorte de feuilleté. Voyant que son affection persistait, il consulta un médecin de Moncy qui le traita avec l'iodure de potassium et lui fit des cautérisations. Le mal augmenta ; après chaque cautérisation, c'était comme de petites brûlures qui se formaient et augmentaient la surface malade.

Plusieurs traitements énergiques furent essayés sans arrêter le progrès du mal qui augmentait peu à peu en surface. Actuellement, il mesure 3 centimètres en hauteur sur 15 millimètres de large. Les bords sont arrondis, élevés au-dessus de la peau saine, et

indurés. On y trouve de petits corps comparables à du millet faisant légèrement saillie. Plusieurs de ces petits corps sont réunis les uns à côté des autres et ont un aspect moniliforme, d'autres sont isolés. Le fond de la tumeur se divise en deux parties.

La partie la plus rapprochée de l'angle de l'œil est recouverte d'une croûte brunâtre ; au-dessous existe l'ulcère cancroïdal. Elle est séparée de la partie inférieure par une petite saillie, et l'ulcère est en tous points circonscrit par un bourrelet circulaire, d'apparence cicatricielle et desquamant en écailles blanchâtres. C'est par là que le mal a débuté augmentant sans cesse en surface et se rapprochant du grand angle de l'œil. Ce sont, d'après le malade, les petites tumeurs qu'on observe sur le bourrelet qui s'ulcéraient et se confondaient avec le fond, tandis qu'un nouvel ourlet apparaissait sur les limites du mal. Quelques-uns de ces petits corps isolés s'observent au bas de la tumeur et sont en voie d'ulcération. Une petite croûte jaunâtre recouvre la partie centrale excoriée. Un liséré inflammatoire existe à la périphérie. Les orifices des glandes sébacées de la joue et du nez sont remplis de matière concrète, et la peau de la région présente un état gras. Nous enlevons largement la tumeur et faisons une autoplastie. Le malade sort guéri.

Obs. CCXXXVI. — *Acné sébacée partielle du nez. Période de transformation en cancroïde* (*Collection particulière, pièce n°* 359). — Boutellier (François), soixante-quatorze ans, cultivateur, entre le 11 mars 1878. A toujours vécu à la campagne et n'a jamais fait de maladie. L'affection pour laquelle il vient à l'hôpital a débuté, il y a deux ans, sur la joue droite. C'était un petit bouton qu'il écorchait souvent et qui à chaque fois se recouvrait d'une croûte. Plus tard une ulcération s'est formée. A mesure qu'elle se cicatrisait en un point, juste à côté il s'en développait une autre.

11 *mars*. — Sur la joue droite, entre le dernier point orbitaire inférieur et le sillon naso-génien existe une tumeur aplatie, de forme ovalaire et s'élevant au-dessus de la peau saine. Elle a une teinte violacée qui s'étend au delà des limites appréciables du mal. Le fond de cette tumeur est divisé en deux parties :

La moitié supérieure est recouverte d'une croûte brunâtre au-dessus de laquelle existe une ulcération creusée en cupule, limitée par un bord élevé, dur et taillé à pic. De la surface ulcérée s'écoule un liquide ichoreux et des gouttes de sang auquel est due la coloration de la croûte, autrefois jaunâtre. A ces caractères, on reconnaît un ulcère cancroïdal. La moitié inférieure de la tumeur est déprimée et formée par une peau amincie, vasculaire, d'apparence cicatricielle et se plissant entre les doigts. C'est là le point de départ du mal qui peu à peu s'est développé, après avoir produit une sorte d'usure de la peau. Sur les limites existe un ourlet saillant et dur sur lequel on

remarque de petites saillies isolées, ou réunies les unes aux autres. Ces corps sont transparents, opalins, sous-épidermiques, comparables peut-être au millet. Plusieurs de ces petits corps s'observent au niveau du rebord orbitaire ; près de la partie inférieure de la tumeur, on en trouve également deux. Ils sont entourés de peau saine et superficielle. Ceux du repli palpébral sont recouverts de croûtes jaunâtres. Un seul est recouvert d'une croûte jaune brunâtre et au-dessous la peau est exulcérée. Au voisinage de la tumeur, on trouve un état gras de la peau avec des orifices des glandes sébacées plus dilatés qu'à l'état normal. L'épiderme est soulevé et se desquame en lamelles. Sur le nez, la peau est très vasculaire, elle présente une teinte rosée. Les glandes sébacées sécrètent en abondance de la matière sébacée qui se concrète et produit un état rugueux caractéristique. Ces plaques de matière sébacée concrète sont plus ou moins larges et mélangées d'écailles épidermiques. Elles recouvrent presque toute la surface du nez qui est grisâtre, inégale et comme crasseuse.

Sur la joue droite, au-dessus du sillon naso-labial il y a une surface desquamante, au milieu de laquelle on trouve des orifices des glandes sébacées. La peau est très vasculaire et grasse. Au niveau du rebord palpébral, sur la paupière inférieure, on trouve une petite tumeur recouverte d'une croûte jaunâtre. Pas d'adénite sous-maxillaire. Le malade assure que les crasses du visage existaient avant l'apparition de la tumeur. Au dos, on trouve quelques croûtes noirâtres dues à la matière sébacée accumulée dans un conduit de glande sébacée et quatre tannes volumineuses.

Obs. CCXXXVII. — *Acné sébacée partielle du nez cicatrisée. Récidive sur les limites de la cicatrice. Cancroïde. Extirpation de la tumeur. Guérison.* — Poireau (Joseph), cinquante-six ans, entre le 17 juillet 1878. Il est atteint d'un cancroïde de l'aile du nez et de la lèvre supérieure du côté gauche.

Le début du mal remonte à dix ans. Ce n'était d'abord qu'un petit bouton situé sur le milieu de la lèvre supérieure du côté gauche. Ce bouton était couvert de croûtes jaunâtres, qui tombaient d'elles-mêmes, ou que le malade arrachait fréquemment. Au dessous, existait une petite ulcération qui saignait quelquefois, et se guérissait localement pour reparaître à côté, sans jamais disparaître, malgré les traitements divers.

Le mal avait une tendance à gagner insensiblement la partie postérieure de l'orifice externe de la narine gauche et les parties primitivement envahies se guérissaient à mesure.

Au niveau du sillon nasal gauche et de l'orifice du nez, existe une croûte brunâtre, qui pénètre dans la narine. Sur la lèvre, on trouve une plaque blanchâtre, de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

C'est là que siégeait le mal au début. La peau est très amincie, plissée et limitée par de la peau saine, qui forme bourrelet. L'apparence de cette région est celle d'une plaque d'acné atrophique guérie, sauf au niveau de l'orifice du nez.

Sous la croûte, existe une ulcération pénétrant dans la narine et ayant détruit la partie postérieure de l'aile du nez jusqu'au sillon. Les bords sont nettement coupés. Le fond de l'ulcère est rouge, saignant, et donne une sécrétion ichoreuse, d'où résulte une croûte brunâtre. La peau est rouge autour, et présente un degré très marqué de rétraction, tant de l'aile du nez que de la lèvre supérieure, vers la partie ulcérée. La nature cancroïdale de l'ulcère est manifeste. Rien dans les ganglions sous-maxillaires. L'envahissement du nez remonte à un an, et depuis six mois le mal fait de rapides progrès, dès qu'il atteint la muqueuse nasale. Vascularisation au niveau de la joue et du nez. Follicules sébacés dilatés. État gras de la peau. La tumeur a été enlevée largement par le bistouri. Le malade sort guéri quinze jours après l'opération.

Obs. CCXXXVIII. — *Acné sébacée partielle du nez. Cancroïdes multiples de la joue gauche* (*Collection particulière, pièce n° 378*). — Mayer (Antoine), soixante-dix-huit ans, homme de peine, entre le 22 juillet 1878. Porte sur le bord du maxillaire inférieur, près de l'angle de la mâchoire, une tumeur allongée, parallèle à ce bord, et recouverte d'une croûte brunâtre, se reproduisant aussitôt qu'elle tombe ou qu'elle est arrachée. Au-dessous, ulcération qui saigne facilement. Elle est bourgeonnante, et sur les bords on retrouve un ourlet très net. Début il y a deux ans environ ; depuis dix ans le malade ne se rasait plus, de sorte qu'on ne peut invoquer une irritation par le rasoir. Au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur gauche existe une autre tumeur de même nature. Elle s'est formée depuis quelques mois, sans cause appréciable ; c'était au début un petit bouton qui n'aurait jamais saigné. Elle est recouverte par des croûtes grasses mélangées de débris qui ressemblent à une petite corne. Au-dessous, on trouve une ulcération profonde, déchiquetée et d'où s'écoule du sang et un liquide ichoreux. Les bords sont élevés, de consistance chondroïde. La peau du visage est le siège d'une vascularisation très abondante, principalement au voisinage des deux tumeurs, sur le nez et aux pommettes. Le tégument est aminci, et par transparence on voit une infinité de points jaunâtres qu'on serait porté à considérer comme le cul-de-sac des glandes sébacées. Les orifices de ces glandes sont remplis de matière sébacée. Autour des deux tumeurs, le papier est taché de graisse. Sur le nez, plaque de matière sébacée sous forme de crasse, aux tempes on trouve également ces crasses cutanées. Pas de ganglions.

Obs. CCXXXIX. — *Acné sébacée partielle du nez. Période de lésion, de sécrétion et début de la période d'ulcération.* — Gérard (Adélaïde), cinquante-cinq ans, ménagère, entre le 7 août 1878. La malade, avant l'affection pour laquelle elle vient se faire soigner, a toujours joui d'une bonne santé. Elle paraît avoir une constitution robuste. Elle n'a jamais eu de troubles menstruels. Il y a huit à neuf mois sans cause appréciable, elle a vu son nez se tuméfier un peu et rougir par places. Elle rapporte à la même époque l'apparition de plusieurs petits boutons qui se sont couverts de croûtes et ont persisté depuis, en augmentant d'étendue. Actuellement, on constate une rougeur diffuse du côté gauche du nez, et un état gras de la peau de cette région, qui est couverte de croûtes jaunâtres, formées de matière sébacée concrète, et recouvrant presque toute la moitié gauche du nez. Sur le lobule moyen, les croûtes sont plus épaisses en un point, et ont une coloration plus foncée. Elles reposent sur une petite tumeur arrondie, du volume d'un pois, et déprimée au centre. Les bords se confondent sensiblement avec la peau. Il n'y a pas d'ulcération au-dessous. Le sillon de l'aile du nez est profond, par suite de la saillie des bords. La peau, de part et d'autre, est recouverte de petites tumeurs mamelonnées, du volume d'un grain de chènevis, rapprochées les unes des autres. Un suintement gras existe à ce niveau, et la matière sébacée concrète forme une croûte continue. L'hypertrophie est telle qu'on doit tendre légèrement la peau pour voir le fond du sillon. Il n'y existe pas d'ulcération, mais au niveau du bord libre de l'aile du nez, près de la lèvre, les croûtes sont abondantes, brunâtres. Si on les enlève, on y trouve une légère ulcération de la peau, à bords taillés à pic. La surface se couvre aussitôt d'un liquide ichoreux et de sang. A la naissance du sillon génien existe une dernière tumeur recouverte de croûtes, et exulcérée au centre. La vascularisation de la région est augmentée et les orifices sébacés sont hypertrophiés d'une manière frappante. La malade n'a pas fait de traitement régulier, elle vient réclamer des soins parce que le mal paraît avoir reçu une nouvelle impulsion. Il n'y a pas de ganglions. On l'a traitée par des cataplasmes de fécule, et, à la date du 9 août, sous l'influence de ce traitement, les croûtes sont en partie tombées. La tumeur du lobule moyen du nez se présente sous forme d'un bouton à bords arrondis, élevé au-dessus de la partie saine de la peau; le fond, déprimé sans ulcération, est recouvert d'une pellicule très mince. Celle du sillon génien est formée par un bord en fer à cheval avec dépression au centre, sans ulcération. L'hypertrophie, mamelonnée au niveau du sillon de l'aile du nez, persiste avec suintement de matière sébacée. A sa terminaison au niveau de la lèvre, et sur le bord libre de l'aile du nez, les croûtes persistent avec ulcération au-dessous, saignant

facilement, et l'on reconnaît qu'en ce point la lésion est plus profonde et en voie de dégénérescence cancroïdale.

Obs. CCXL. — *Kyste sébacé suppuré de la racine du nez.* — Damon (Georges), seize ans, batteur d'or, entre le 10 juillet 1878, salle Sainte-Marthe, 4. Sujet lymphatique. Gourme dans l'enfance et chapelets ganglionnaires cervicaux qui persistent encore. Fièvre typhoïde à quatorze ans, suivie d'une éruption de furoncles aux fesses et au dos. Il y a trois semaines, il éprouva à la racine du nez un léger prurit et constata à cet endroit la présence d'une tumeur du volume d'un grain de chènevis développée dans la peau, bien circonscrite, à surface luisante, rosée. Cette tumeur s'est développée rapidement sans déterminer de douleur, sinon pendant le rire et à la pression.

10 *juillet.* — On voit à la racine du nez, dans l'espace intersourcilier une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, régulièrement arrondie, bien circonscrite, à surface convexe, unie, sans trace de bosselures. La peau qui la recouvre est très amincie, saillante, distendue et présente une coloration rosée. Sa surface est recouverte de lames épidermiques en voie de desquamation. Au centre de la tumeur existe un point jaunâtre qui rappelle l'orifice d'une glande sébacée. Au toucher on sent que la tumeur s'est développée dans l'épaisseur de la peau dont elle partage la mobilité sur les couches profondes. La consistance est mollasse, un peu fluctuante, comme celle des kystes modérément distendus. La tumeur offre les caractères d'un kyste sébacé en voie de suppuration. Quatre jours après l'entrée à l'hôpital, l'aspect de la tumeur s'est légèrement modifié. Elle a encore augmenté de volume et s'est un peu étalée, la peau plus rouge et plus chaude s'est amincie davantage, la fluctuation est maintenant des plus franches.

13 *juillet.* — Chloroforme. Nous faisons à la surface de la tumeur une incision longitudinale. Les parois du kyste sont tellement amincies et tellement rapprochées de l'épiderme, que malgré les précautions que nous prenons pour les ménager, nous voyons aussitôt sortir du pus et de la matière sébacée. Nous vidons alors complètement la petite cavité. Puis avec les pinces à disséquer et le bistouri nous détachons complètement les parois par voie de dissection. L'opération terminée nous rapprochons les lèvres de la plaie et nous les maintenons unies à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnées. Pas de réaction fébrile.

Trois jours après l'opération le malade quitte le service. La réunion par première intention a été obtenue.

Obs. CCXLI. — *Épithélioma du nez. Ablation.* — Jacquel (Cécile), quarante-six ans, blanchisseuse, entre le 22 mai 1878, salle Sainte-Marthe, 53. Pas d'hérédité. Scrofule, gourme dans les cheveux,

ophthalmies, coryza chronique ulcéreux, adénites cervicales non suppurées, dans l'enfance. Rougeole à deux ans. Fièvre typhoïde à dix. Menstruation régulière depuis l'âge de quinze ans. Trois enfants bien portants. Il y a vingt ans, apparition sur le bord droit du dos du nez, au niveau du bord inférieur de l'os propre correspondant, d'une tache cutanée, rose, du diamètre d'une tête d'épingle. A ce niveau l'épiderme se desséchait et tombait sous forme de squames grisâtres ; dans l'espace de deux ans, la tache se transforma en une saillie verruqueuse du volume d'un pois. Cette verrue ne tarda pas à s'ulcérer et à se couvrir de bourgeons fongueux, mollasses et saignants. Quatre ans après le début de ces accidents, une tache semblable à la première apparut sur la partie moyenne de la face gauche du nez, et évolua de la même manière en finissant par s'ulcérer. Les deux ulcérations envahirent de proche en proche et arrivèrent à se confondre sur la ligne médiane. On les traita sans résultat, par des caustiques. Il y a deux ans, une plaque épithéliale se développa à la partie la plus élevée de la face droite du nez et donna lieu à une ulcération dont les bords atteignent ceux de l'ulcération primitive.

22 *mai*. — L'ulcération occupe le dos du nez ainsi que ses deux faces. A droite elle s'étend depuis le bord supérieur de l'aile, jusqu'au niveau de l'épine nasale, son côté externe reste distant de 1/2 centimètre du sillon naso-jugal. A gauche elle est beaucoup plus limitée et n'intéresse qu'une surface de 1 cent. 1/2 à la partie moyenne. Les bords irréguliers, sinueux, sont formés par un bourrelet cutané, saillant au-dessus de l'ulcération et finement vascularisé. Le fond est couvert de gros bourgeons, fongueux, mollasses, saignants, d'un rose foncé, laissant suinter un liquide ichoreux caractéristique. Par places on observe des croûtes épaisses colorées en brun par du sang. Au toucher, la dégénérescence épithéliale est limitée en surface à l'étendue de l'ulcération, mais profondément elle paraît avoir envahi les cartilages et le périoste des os propres du nez. Rien dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires.

1er *juin*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous incisons largement les parties molles à un centimètre en dehors du pourtour de l'ulcération, et nous disséquons les tissus par leur face profonde. Cette dissection nous montre que le mal s'étend très loin de ce côté, il envahit les cartilages, le périoste, les os propres du nez; la face externe de la pituitaire est elle-même suspecte. Nous détachons alors les ailes du nez avec des ciseaux, nous incisons de chaque côté les parties molles dans les sillons naso-jugaux, puis nous réséquons complètement les os propres du nez ainsi que la partie antérieure de la cloison ; 6 pinces hémostatiques sont laissées en place pendant

vingt-quatre heures. Pansement alcoolisé phéniqué. Pas de réaction fébrile. La cicatrisation marche très rapidement ; elle est presque complète le 20 juin, jour où la malade quitte l'hôpital.

Obs. CCXLII. — *Épithélioma du dos du nez. Ablation, guérison.* — Smet (Eugénie), cinquante ans, se présente à la clinique du 27 janvier 1877. Début, il y a cinq ans, par un petit bouton aplati, indolent qui ne fit d'abord aucun progrès. Depuis deux ans, son évolution a été plus rapide, il finit par se fendiller et devint le siège d'un suintement qui au contact de l'air formait une croûte jaunâtre. La malade se fit traiter en ville. On lui ordonna un traitement interne et des applications de teinture d'iode. Mais l'ulcération s'étendit. Elle se présente aujourd'hui sous l'aspect d'une petite plaque ovalaire du diamètre d'une pièce de 50 centimes à cheval sur la partie médiane du dos du nez. La peau qui la recouvre est inégale, papilliforme. Les petites papilles qui la composent ont un volume qui rappelle celui des papilles petites et moyennes de la face dorsale de la langue. L'épiderme forme à chacune d'elles une sorte d'étui jaunâtre. Les papilles sont séparées par de petits sillons qui renferment des dépôts analogues à la matière sébacée concrétée. Les limites de la tumeur sont assez nettes et à part un peu de développement du réseau capillaire entamé, un peu d'induration de la peau à la périphérie, il n'y a rien à noter dans les parties voisines. Rien dans les ganglions. La tumeur n'est pas douloureuse, elle détermine plutôt une sensation de gêne que de la souffrance réelle. On fait avec le bistouri une incision circulaire qui intéresse largement les parties saines et l'on dissèque la face profonde de la tumeur jusqu'aux os. Pansement simple de la plaie. La malade retourne chez elle et vient se faire panser tous les deux jours. Cicatrisation complète au bout de trois semaines.

Obs. CCXLIII. — *Épithélioma du dos du nez* (Collection particulière. *Pièce* 285). — Danton (Zélie), trente-deux ans, ménagère, entre le 16 octobre 1878, salle Sainte-Marthe, 44. Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle. Réglée régulièrement depuis l'âge de quatorze ans, deux enfants bien portants. Il y a huit mois, tuméfaction légère du dos du nez, sans lésions de la peau, ni plaque verruqueuse, ni ulcération ; indolence complète. Pas d'enchifrènement, pas de catarrhe nasal. Odorat conservé. Peu à peu la tuméfaction s'est accrue en conservant ses caractères d'indolence, la peau est devenue rouge, tendue, luisante. Application de pommade et consécutivement apparition d'une petite ulcération. Cautérisation, en ville, au nitrate d'argent. L'ulcération fit depuis cette époque des progrès incessants et s'étendit en largeur et en profondeur. La malade effrayée demande à entrer à l'hôpital.

16 *octobre*. — Le nez est déformé par une tuméfaction occupant principalement sa face latérale droite qui fait au niveau du bord

inférieur des os propres une saillie comparable à celle du nez dit de perroquet. Cette tuméfaction empiète légèrement sur la face latérale gauche. Elle est bien circonscrite, de forme ovalaire à grand axe transversal. Le centre de cette tumeur est occupé par une ulcération, qui est, de même, plus étendue dans le sens transversal que dans le sens vertical, et dont le bord supérieur répond au bord inférieur des os propres du nez. Les parties qui circonscrivent l'ulcération sont légèrement indurées. Les bords de l'ulcération sont irréguliers, anfractueux, indurés, d'une coloration rouge par places, rosée en d'autres points. Le fond est excavé, comme si une petite gomme s'était ramollie et vidée ; il est formé par la pituitaire recouverte de granulations fongueuses, rougeâtres, assez fermes et non saignantes. Entre les fongosités on voit des détritus grisâtres, puriformes, baignés par un liquide ichoreux. La pituitaire est envahie ainsi qu'une partie des os propres du nez.

19 *octobre*. — Chloroforme. Hémostasie préventive à l'aide de pinces placées sur la sous-cloison sur les ailes du nez et à la base de la tumeur. A l'aide du bistouri, nous enlevons toute la tumeur, ainsi qu'une étendue suffisante de tissus sains. Il en résulte une large perte de substance qui met à nu la partie inférieure des os propres du nez et la pituitaire. Nous disséquons cette membrane dans tous les points qui paraissent envahis, et nous réséquons la partie inférieure des os propres du nez. Quatre pinces hémostatiques sont laissées sur les vaisseaux pendant vingt quatre heures. Pansement avec la tarlatane imbibée d'eau alcoolisée phéniquée.

20. — TM = 37°,4 TS = 37°. P = 90. Pas de réaction fébrile. On enlève les pinces, même pansement. Aucun accident consécutif. La cicatrisation suivit la même marche que pour une plaie simple.

28. — On commence à cautériser au nitrate d'argent des bourgeons charnus exubérants, mais de bonne nature.

8 *novembre*. — Cicatrisation complète. La malade quitte le service. Reste une fenêtre sur le dos du nez communiquant avec les fosses nasales. La malade en pratique l'occlusion à l aide d'un morceau de taffetas rose. Elle reviendra nous voir plus tard et nous ferons l'autoplastie s'il n'y a pas de récidive.

3° *Cloison des fosses nasales.*

Obs. CCXLIV. — *Ostéo-fibrome de la cloison des fosses nasales.* — Laffond (Charles), dix ans, enfant de troupe, se présente à la clinique le 25 novembre 1876. Bonne santé habituelle, n'a jamais été malade. Depuis un an une petite tumeur s'est développée lentement et sans douleur, sur la paroi gauche de la cloison des fosses nasales. Nez bien conformé extérieurement. Quand on fait lever la tête du

malade on constate que la narine gauche est légèrement rétrécie, très près de l'orifice antérieur, par une saillie du volume d'un haricot. La narine droite est bien conformée et présente un diamètre plus considérable que la précédente. L'examen pratiqué au moyen du spéculum nasi, de la sonde et du doigt, permet de mieux voir la tumeur. La muqueuse qui la recouvre est normale, de couleur blanchâtre et se continue sans caractères distinctifs avec celle des parties voisines. Le bord antérieur du néoplasme est net, et se termine à un centimètre de l'orifie des narines. Ses limites sont moins précises, en arrière et en bas, où il se confond avec les couches voisines. Il est dur, bosselé à la surface, non fluctuant, de consistance ostéo-fibreuse. Nulle trace de mobilité. La tumeur semble limitée à la face gauche de la cloison, ne la dévie pas et ne fait pas saillie de l'autre côté. Absence de symptômes inflammatoires, ni douleur, ni élancements. Jamais d'épistaxis. Pas de céphalalgie. Pas de signes d'obstruction des fosses nasales. Respiration facile, un peu de nasonnement. Le sens de l'odorat est intact. Pas de larmoiement.

Ablation. — Le malade n'est pas endormi. Nous faisons une incision médiane sur le dos du nez et nous maintenons les deux bords écartés au moyen de pinces hémostatiques. Il est alors facile de disséquer la tumeur par sa face profonde avec le bistouri. Elle est moitié osseuse, moitié fibreuse, du volume d'un gros pois ; la portion fibreuse est implantée sur le cartilage de la cloison. Elle se confond par un prolongement osseux avec l'épine nasale antérieure. Nous la détachons largement en prenant soin de ne pas intéresser la voûte du palais. L'étroitesse de l'espace par lequel nous devions agir de même que la consistance osseuse de la tumeur rend le manuel opératoire difficile. Cependant le tout est exécuté dans un temps assez court et sans perdre de sang. L'opération terminée, nous réunissons les lèvres de la plaie au moyen de trois points de suture. Pansement alcoolisé. Le malade retourne chez lui. Le 28 novembre, nous enlevons les points de suture. Réunion immédiate. Pansement alcoolisé. Un mois après nous retrouvons à peine sur le dos du nez une mince ligne rosée, trace de l'incision.

4° *Fosses nasales.*

Obs. CCXLV. — *Polype muqueux des fosses nasales. Arrachement.* — Petivier (Léonie), vingt-cinq ans, sans profession, se présente à la clinique le 9 juin 1877. Bonne constitution ; pas de maladie antérieure. Depuis huit mois, enchifrènement, gêne de la respiration par la narine gauche, diminution progressive de l'odorat du même côté ; plus tard, sensation de corps étranger, puis soulèvement de l'aile du

nez et effacement du sillon lobulaire. Écoulement nasal modéré, pas d'épistaxis. Il y a quinze jours la malade s'aperçut qu'une tumeur tendait à faire saillie par l'orifice antérieur de la narine; depuis cette époque, léger nasonnement de la voix.

Déformation de l'aile gauche du nez qui est plus saillante que la droite; effacement total du sillon lobulaire ; le sillon naso-génien est moins accusé qu'à l'état normal. Quand la malade renverse la tête en arrière on voit que l'orifice antérieur de la narine gauche, très dilaté, presque double de celui du côté opposé, est obstrué par une tumeur rosée, recouverte par la pituitaire épaissie, anémiée, moins vasculaire qu'à l'état normal. La pression ne diminue pas le volume de la narine, ce qui indique que la consistance de la tumeur est assez ferme.

Examen de la bouche et de l'arrière-cavité des fosses nasales. — Le voile du palais n'est ni déformé, ni abaissé. L'index introduit dans l'orifice postérieur de la fosse nasale gauche constate que la tumeur s'implante par une large surface au voisinage de cet orifice, mais n'atteint pas l'arrière-cavité (orifice nasal de la trompe d'Eustache, bord postérieur de la cloison). Rien dans la narine droite, pas de déviation de la cloison. Respiration et odorat normaux de ce côté. Rien du côté de l'ouïe et du canal nasal.

9 *juin.* — Nous saisissons l'extrémité antérieure du polype avec de fortes pinces hémostatiques dans le but d'en enlever la plus grande partie par voie de torsion et d'arrachement. La largeur de l'implantation ne nous permettait pas d'espérer enlever toute la masse du même coup, mais contrairement à nos prévisions l'ablation se trouve complète après une première tentative, et l'examen pratiqué après l'opération nous autorise à croire que toute la base d'implantation a été détruite. Néanmoins, nous conseillons à la malade de revenir nous voir de temps en temps. Épistaxis peu abondante, arrêtée par des lavages d'eau froide.

Obs. CCXLVI. — *Fibro-sarcome des fosses nasales à prolongement pharyngien.* — Amiot (Louise), quarante ans, ménagère, entre le 28 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 45. Pas d'hérédité, forte constitution, aucune maladie antérieure. Depuis trois mois, presque subitement gêne de la respiration, surdité complète du côté gauche, larmoiement de l'œil gauche, et rougeur au niveau de l'angle interne du même œil. Peu après survint un érysipèle qui disparut progressivement. Mais le son de la voix devint nasonné, la face se tuméfia au niveau du maxillaire gauche, l'épiploon augmenta, la déglutition se fit difficilement. Tous ces accidents décidèrent la malade à entrer à l'hôpital.

8 *octobre.* — La moitié gauche de la face est déformée par une tuméfaction qui efface les sillons orbito et naso-géniens, ainsi que la

fosse canine et qui accentue la saillie du sinus maxillaire. En tous ces points la peau est soulevée, légèrement tendue, mais elle a conservé ses caractères normaux. Au niveau de l'angle interne de l'œil, saillie d'une tumeur lacrymale ; la caroncule et les points lacrymaux sont rouges, enflammés ; au centre de la tumeur orifice fistuleux à bords rougeâtres, violacés et recouverts par une goutte de pus. Epiphora. Pas d'exophthalmie. La narine gauche est saillante, son orifice antérieur, plus dilaté que celui du côté opposé, est obstrué par une tumeur rougeâtre polypeuse. Pas d'épistaxis. Du côté de la bouche, la moitié gauche du voile du palais est fortement abaissée. En introduisant l'index par l'arrière-cavité des fosses nasales, on sent une tumeur polypeuse, assez mobile, qui s'avance jusqu'au voisinage de l'orifice postérieur de la fosse nasale gauche, et dont la face externe marque les orifices du canal nasal, du sinus maxillaire et de la trompe d'Eustache. Le cathéter ne peut être porté dans ce dernier conduit. La consistance de cette tumeur est dure, fibroïde, ainsi qu'on peut le constater par le palper direct, soit par l'orifice postérieur, soit par l'orifice antérieur des fosses nasales. La narine droite est libre ; néanmoins, la cloison est légèrement déviée de son côté, ce que révèle l'examen au spéculum nasi. La pression au niveau de la tumeur lacrymale fait sortir par la fistule un pus épais, blanchâtre, caséeux. Peu de douleurs. La surdité est moins complète qu'au début, mais l'ouïe est toujours très imparfaite. Gêne de la respiration, de la déglutition et de la phonation ; intelligence peu développée.

17 *novembre.* — Nous saisissons avec de fortes pinces la portion de la tumeur qui vient faire saillie au niveau de l'orifice antérieur de la narine. Combinant ensuite les mouvements de torsion et d'arrachement, nous enlevons la tumeur avec tout le soin désirable, en nous y reprenant à plusieurs fois. La narine étant libre, nous pénétrons dans le sinus maxillaire, et nous constatons qu'il ne renferme aucun prolongement, mais qu'il est littéralement plein d'un liquide purulent, fétide, épais, jaunâtre, caséeux, que nous faisons sortir aussi complètement que possible. Toutes ces manœuvres ont donné lieu à une hémorragie assez abondante dont nous avons très facilement raison en pratiquant le tamponnement des fosses nasales avec des éponges. Celles-ci furent laissées en place pendant vingt-quatre heures. Pas d'hémorragie consécutive. L'opération donna des résultats immédiats, très satisfaisants. Dès le lendemain, la respiration était libre, la gêne de la déglutition et le nasonnement avaient en partie disparu. Peu à peu l'épiphora diminua, en même temps que la fistule du sac lacrymal se cicatrisait sous l'influence de légères cautérisations de nitrate d'argent. L'ouïe s'améliora considérablement. La tuméfaction de la face disparut presque complètement.

Huit jours après l'opération la malade put retourner chez elle, en nous promettant de venir de temps à autre.

Examen microscopique — Éléments du tissu conjonctif à diverses périodes d'évolution. Cellules rondes, fusiformes, étoilées. Fibres complètement développées traversant la préparation sous forme, de bandes blanchâtres. Vaisseaux très nombreux, très larges, à parois embryonnaires. *Diagnostic histologique.* — Fibro-sarcome angiomateux

Obs. CCXLVII. — *Sarcome des fosses nasales.* — Renault (Reine), vingt-neuf ans, ménagère, entre le 10 août 1878, salle Sainte-Marthe. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Jamais de maladies graves dans l'enfance. Menstruation régulière depuis l'âge de quatorze ans. Il y a un an, la malade éprouva de l'enchifrènement et de la sécheresse des fosses nasales. Elle était obligée de respirer la bouche ouverte, l'air circulant moins librement par les voies aériennes supérieures. Indolence complète. Ces phénomènes s'accentuent graduellement. Il y a six mois, le nez commença à se déformer, une sorte de renflement s'effectua de chaque côté sur les faces latérales. Dans l'espace compris entre le bord inférieur des os propres du nez et le bord supérieur des ailes. Peu à peu la peau devint, à ce niveau, rouge, luisante tendue. Il y a deux mois, un petit abcès s'ouvrit dans le sillon de l'aile gauche et demeura fistuleux. Depuis cette époque, la malade a de fréquentes épistaxis. L'écoulement sanguin survient rarement spontané, il succède surtout aux efforts que fait la malade en se mouchant. Cet écoulement est toujours peu abondant et s'arrête de lui-même. Plusieurs médecins consultés traitèrent la malade pour une rhinite syphilitique, au moyen de l'iodure de potassium. Ce traitement n'entravant en rien l'évolution des accidents, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

10 *août.* — Le nez présente une déformation limitée à la partie moyenne des faces latérales. Il existe à ce niveau et de chaque côté un bourrelet, saillant, arrondi, convexe, bien limité en haut par le bord inférieur de l'os propre correspondant ; moins circonscrit inférieurement où la tuméfaction est diffuse et se continue insensiblement avec la saillie de l'aile du nez. La peau est tendue, luisante, unie, un peu amincie, d'un rouge vif, uniforme, sans vascularisation anormale. A la partie moyenne du sillon qui circonscrit l'aile gauche on voit un orifice fistuleux du diamètre d'un stylet de trousse qui laisse continuellement écouler un liquide d'aspect séreux, trouble, légèrement teinté en rose par le sang. Au pourtour de cet orifice l'épiderme est blanchâtre et comme macéré. Les parois de la fistule sont tapissées de petites fongosités molles qui saignent au contact de l'instrument. L'exploration à l'aide du stylet démontre que le trajet est régulier et se perd au milieu de masses molles qui dépendent de

la face externe de la pituitaire. Au toucher les bourrelets latéraux ont de même une sensation mollasse, fongueuse, rappelant celle du sarcome fibro-plastique ; l'examen des narines à l'aide du doigt démontre que la pituitaire est épaissie, friable, saignante. A l'aide du spéculum nasi, on constate que sa coloration est d'un rouge foncé et que le calibre des fosses nasales dans leur partie antérieure est notablement rétréci. Rien d'apparent du côté de l'œil et des voies lacrymales. Rien du côté de la voûte palatine, du voile du palais ou du pharynx. Rien dans les ganglions parotidiens, cervicaux ou sous-maxillaires. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains.

10 *août.* — Chloroforme. Nous faisons sur la ligne médiane du dos du nez une incision verticale, étendue de la bosse nasale au lobule, et comprenant toutes les parties molles jusqu'à la cloison. Nous saisissons les bords de l'incision à l'aide de pinces hémostatiques qui empêchent l'écoulement sanguin et servent en même temps de rétracteurs. Nous voyons alors que la pituitaire est profondément désorganisée, recouverte de fongosités, organisées, très vasculaires ; nous suivons ces fongosités partout où elles existent et nous en pratiquons l'ablation, à l'aide du bistouri, de la rugine et des ciseaux. Elles sont surtout abondantes dans les gouttières supérieures des fosses nasales qu'elles comblent en partie, sur la face inférieure de la lame criblée de l'ethmoïde, sur les parties correspondantes de la cloison et sur les cornets supérieurs et moyens. Nous ruginons la lame criblée jusqu'au bord postérieur de la cloison. Nous enlevons celle-ci en totalité. Les os propres du nez sont envahis, nous les réséquons. Ainsi que les cornets supérieurs et moyens, et afin d'éviter toute chance de récidive, nous détachons avec les ciseaux les faces latérales du nez depuis le bord adhérent des ailes jusqu'au niveau du grand angle de l'œil. L'arrière-cavité des fosses nasales, les cornets inférieurs et le plancher des fosses nasales sont sains. 15 pinces hémostatiques ont été appliquées sur les vaisseaux saignants. 10 sont enlevées, immédiatement après l'opération. Pansement alcoolisé phéniqué.

11. — T M = 37°,8. TS = 38°,4. P = 100. Lavages et pansement alcoolisés phéniqués. On enlève les pinces; pas d'hémorragie.

12. — T M = 37°.6. S = 38°,4. P = 96. Même pansement. La malade mange avec appétit : bouillon, œufs.

13. — T M = 38°. TS = 38°,8. P = 110. Céphalalgie. Langue saburrale. Nausées. Constipation. Léger purgatif.

14. — T M = 37°,6. S = 37°,8. P = 94. Mieux sensible dans l'état général. La plaie suppure modérément, on continue les lavages et les pansements.

15. — Température normale. A partir de ce moment la cicatrisa-

tion marche régulièrement. Elle est presque complète le 30 août, jour de la sortie de la malade.

5° *Cavité naso-pharyngienne.*

Obs. CCXLVIII. — *Polype naso-pharyngien. Ce polype s'est reproduit trois fois en deux ans et demi sur des points différents. Première entrée à l'hôpital (mai 1875). Implantation sur l'apophyse basilaire. Extirpation avec la scie-pince. Seconde entrée à l'hôpital, avril 1876. Implantation sur la paroi supérieure des fosses nasales, au voisinage de la cloison. Décollement de la tumeur avec la rugine. Troisième entrée à l'hôpital, novembre 1876. Implantation entre l'apophyse basilaire et la paroi supérieure des fosses nasales. Décollement du périoste avec la rugine.* — Bienvenu (Jules), dix-sept ans, garçon boucher. A déjà été traité dans nos salles pour un polype fibreux naso-pharyngien (Voir Ier volume des *Cliniques chirurgicales de Saint-Louis*, obs. CCCXXXII, pages 417 et suivantes). A cette époque la tumeur implantée sur l'apophyse basilaire envoyait un prolongement dans les fosses nasales et proéminait, d'autre part, dans l'isthme du gosier, abaissant par son poids le voile du palais. Des épistaxis fréquentes et abondantes avaient affaibli le malade à un tel point qu'on fit l'opération en deux fois, à trente-cinq jours d'intervalle, dans la crainte de voir succomber le malade par syncope pendant l'opération. L'extirpation fut faite avec la scie-pince, après avoir pratiqué une perforation quadrangulaire de la voûte palatine. Le malade quitta le service le 30 juin 1874, et la cicatrisation fut complète le 15 juillet. En décembre 1875, le malade revint à l'hôpital d'après la recommandation qui lui avait été faite par M. Péan. Un petit point qui se montrait fut alors enlevé. Nouvelle entrée à l'hôpital en mars 1876. Le polype a récidivé. La tumeur siège vers la paroi supérieure des fosses nasales au voisinage de la cloison. Volume d'une petite noix. Elle est ovoïde, aplatie, et offre au toucher la consistance d'un polype fibreux.

1er *avril.* — Nous décollons le périoste de la face inférieure de la voûte palatine. Ablation d'une portion d'os d'un centimètre carré avec la pince de Liston. L'ouverture n'étant pas suffisante, au moyen de la gouge et du maillet nous faisons éclater un petit morceau de la paroi osseuse, au niveau de l'implantation. Il est alors possible de détacher avec la rugine la plus grande partie de la tumeur et le prolongement qu'elle envoie dans les fosses nasales. Nous avions pris soin de mettre des pinces hémostatiques sur les vaisseaux et d'étancher le sang avec des éponges. Mais, malgré tout, l'écoulement de sang fut assez considérable, pour que nous jugeâmes prudent de ne pas prolonger l'opération. Les trois quarts de la production morbide ont été extraits. Nous nous proposons de détruire le reste dans quel-

ques jours par la cautérisation. Il est intéressant de remarquer que la récidive ne s'est point faite sur l'apophyse basilaire, mais au voisinage de la partie supérieure des fosses nasales.

2 *avril.* — Fièvre. Le malade n'a pu dormir; prend du bouillon avec un biberon. P = 120. T = 38°,7.

3. — Sommeil de quatre heures du matin à sept heures; souffre moins. Bouillon. P = 116. T = 38°,3.

4. — Nuit et journée assez bonnes. La fièvre a beaucoup diminué. Bouillon. P = 100. T = 38°.

5. — Le mieux continue. Les douleurs sont supportables. La plaie est très belle. P = 80. T = 37°,9.

6. — Le malade se lève; il souffre à peine. Bouillon; potages; la plaie entre en voie de cicatrisation. P = 68. T = 37°,8.

9. — Même état.

10. — On détruit la portion restée par l'électro-chimie, procédé de Nélaton, qui consiste à enfoncer dans la masse polypeuse et à y laisser quelques minutes deux aiguilles de platine, convenablement isolées par un enduit de gutta-percha. L'action du courant est rapidement désorganisatrice, et ce qui prouve que le courant n'agit que chimiquement, c'est que la gutta-percha est à peine ramollie. On fait 2 ou 3 piqûres dans la base de la tumeur en répétant l'expérience tous les six ou huit jours. Il n'y a rien à noter d'important à partir de ce moment, si ce n'est un engorgement des ganglions sous-maxillaires survenu deux jours après le second temps de l'opération, mais qui disparaît au bout de cinq jours. Le 27 avril, le malade quitte l'hôpital; la cicatrisation est complète.

Le 16 octobre 1876, ce malade rentre salle Saint-Augustin. Nous sommes en présence d'une troisième récidive. Déformation très marquée de la face. La joue gauche est proéminente comme dans les cas de fluxion dentaire, le sillon naso-génien est complètement effacé. La peau a néanmoins conservé sa coloration. La température de la joue droite diffère peu de celle de la joue gauche. Si on fait ouvrir la bouche, on aperçoit la perte de substance faite à la voûte palatine dans les opérations précédentes, mais il est impossible de voir la tumeur; le doigt introduit par la bouche dans l'arrière-cavité des fosses nasales rencontre bientôt le polype qui s'implante par une large surface dans une loge osseuse située entre l'apophyse basilaire et la paroi supérieure des fosses nasales. La tumeur présente le volume d'une pomme d'api, elle a la consistance du fibrome et semble envoyer un prolongement vers la paroi externe de la fosse nasale gauche. Si on palpe la joue gauche en plaçant le pouce sur la muqueuse buccale et l'index sur la peau, on sent au milieu des parties molles une languette de consistance plus ferme dont la base se perd au niveau de l'apophyse zy-

gomatique et dont le sommet arrive jusqu'au voisinage de l'orbiculaire des lèvres. Cette consistance semble due à l'empâtement. Les troubles physiologiques ou pathologiques qui accompagnaient l'apparition du premier polype ont présidé au développement de cette troisième récidive : Céphalalgie sus-orbitaire et frontale gauche. Sensation de corps étranger à la partie élevée des fosses nasales. Ecoulement purulent dans les derniers temps. Surdité incomplète à gauche. Odorat complètement perdu. Goût conservé. Pas de projection de l'œil en avant, pas de troubles de la vision. Larmoiement intermittent. La respiration se fait exclusivement par la bouche. Déglutition facile. Pas de nausées. Nous avions vu le malade il y a trois mois et rien à cette époque n'annonçait la présence d'un point de récidive. La masse polypeuse s'est donc développée avec une rapidité telle qu'il n'y a plus aujourd'hui à douter de sa malignité.

12. — Chloroforme. Compression préventive de chaque côté du tubercule médian de la lèvre supérieure, au moyen de pinces hémostatiques. Incision médiane du dos du nez et de la lèvre supérieure dans toute son épaisseur. Nous disséquons ensuite la moitié gauche de la lèvre supérieure sous forme d'un lambeau que nous faisons relever à l'aide de rétracteurs. Les parties molles étant détachées, nous faisons sauter au moyen de fortes pinces de Liston la moitié gauche de la voûte palatine et la paroi du sinus maxillaire correspondant, en conservant le plancher de l'orbite afin d'éviter l'abaissement des parties molles de l'œil. D'ordinaire, nous nous contentons d'enlever la moitié postérieure du maxillaire supérieur, en respectant, autant que possible, l'arcade alvéolaire et les dents. Mais l'opération conduite au début dans ce sens ne nous donnant pas une ouverture suffisante pour arriver sur le polype, il fallut la modifier et faire disparaître les incisives, la canine et les molaires du côté gauche ainsi que l'arcade alvéolaire ; détacher, par une section transversale, le voile du palais que nous conservons d'habitude, afin de découvrir complètement la tumeur.

Arrivé à l'ablation nous nous entourons des précautions ordinaires pour éviter la chute du sang dans le larynx (*Cliniques*, 1876, t. II, p. 124 et suiv.). Puis, après avoir détaché avec le forceps-scie la plus grande partie de la tumeur, nous ruginons la base d'implantation. Avant de faire la réunion des parties molles, nous appliquons sur les surfaces saignantes et ruginées de grosses éponges destinées à faire la compression pendant quelques heures. De douze pinces hémostatiques placées pendant l'opération, dix peuvent être enlevées immédiatement, les deux autres seront laissées pendant vingt-quatre heures. Rapprochement et suture des parties molles à l'aide de sept fils métalliques.

Examen histologique. — Fibro-sarcome angiomateux non pédiculé.

13. — T = 38°,9. P = 102. On enlève les éponges et les dernières pinces, pas d'hémorragie. La paupière supérieure du côté gauche est affaissée, larmoiement du même côté. Le malade prend du bouillon et du vin à l'aide d'un biberon.

14. — T = 38°. P = 96. Lavages et injections alcoolisées. Bouillon, vin, lait.

15. — T = 38°,2. P = 100. Le malade paraît déprimé, somnolent. Pas d'appétit.

16. — T = 37°,6. P = 90. Amélioration notable dans l'état général ; le malade est moins déprimé, il demande à manger.

17. — T = 37°,2. P = 86.

18. — On applique des flèches de pâte de Canquoin sur la surface d'implantation du polype. Les fils sont enlevés et remplacés par des bandelettes de tarlatane collodionnées. Réunion solide et par première intention des parties molles.

A partir de ce moment aucun accident à noter, le malade reste dans nos salles jusqu'au 9 février 1877, la guérison était complète, l'état général très satisfaisant. Depuis cette époque il vient régulièrement tous les quinze jours se faire appliquer des flèches. N'a pas eu de nouvelles récidives (31 décembre 1878).

D. — APPAREIL DE LA GUSTATION, LANGUE.

Obs. CCXLIX. — *Ulcération tuberculeuse de la langue. Phthisie pulmonaire. Mort.* — Soudun (Jean), cinquante-cinq ans, commissionnaire, entre le 9 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 4. — Jamais cet homme n'a fait de maladie sérieuse; jusqu'en 1875 il n'a pas eu d'accidents attribuables à la scrofule. Il n'était pas sujet à s'enrhumer. Il y a deux ans, il commença à tousser, mais sans qu'il ait eu une bronchite aiguë au début. Au bout de peu de temps, vers la fin de 1875, enrouement, mais ce n'est que depuis deux mois que l'aphonie est survenue. Depuis cette époque il crache abondamment; crachats glaireux, filants, à peine jaunâtres.

Au mois de juillet 1876, le malade raconte qu'il se mordit la langue. Ce serait, d'après lui, l'origine de son mal. Il lui resta, à la suite, une plaie à la partie latérale gauche de cèt organe, qui peu à peu s'agrandit; tout cela sans douleur, à part la gêne apportée à la mastication. Ce malade chique depuis longtemps.

9 *mars.* — La langue présente deux ulcérations : l'une principale à la partie latérale gauche, au niveau des petites molaires; l'autre, plus en avant vers le bord gauche de la pointe ; elles sont toutes deux allongées d'avant en arrière, très superficielles. Toutes deux présentent un fond granuleux, rougeâtre, piqueté de saillies blan-

châtres ; les bords sont granuleux et nettement limités. Induration très superficielle de toute la moitié gauche du bord de la langue. Ni le fond ni les bords de l'ulcération ne sont plus durs que les parties voisines. La pression n'y est nullement douloureuse ; autour de la mâchoire on ne trouve aucun ganglion tuméfié; l'examen de la gorge ne fait rien apercevoir de spécial, pourtant la voix est tout à fait basse; il y a souvent des quintes de toux laryngée très pénibles ; pendant le repas, les aliments reviennent souvent par le nez, ou touchant l'épiglotte, ils provoquent la toux. Respiration légèrement sifflante, mais le malade n'accuse pas de gêne notable de cette fonction. A la pression, on développe une douleur assez vive au niveau de l'os hyoïde. A l'auscultation on trouve des signes non douteux de tuberculose dans les poumons. L'affection s'aggrava rapidement, sans que l'état de la langue changeât, l'alimentation devint insuffisante. Mort le 7 avril 1877. *Autopsie :* Cavernes dans les poumons.

Obs. CCL. — *Gomme de la langue.* — Clairet (Louis), cinquante et un ans, venu à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, au mois de mars 1877.

En 1850, blennorrhagie avec *balano-postite* infectante. En 1855, ulcérations qui durèrent cinq ans sur les deux jambes. Aujourd'hui les cicatrices sont très nettes. Sur la jambe gauche, cicatrices brunâtres comme à la suite d'un ulcère variqueux. — Varices nombreuses sur la jambe droite; cicatrice blanche formée de plusieurs cercles concentriques : a été traité par l'iodure de potassium. En 1861, abcès au jarret gauche. En 1868, angines plusieurs fois répétées. Au mois de novembre dernier, la langue devenait sensible lorsque le malade fumait ou qu'il buvait du vinaigre ; elle était plus volumineuse qu'à l'état normal et fendillée. Les premiers jours de janvier, il s'est aperçu qu'il avait un petit bouton au bout de la langue.

22 *janvier.* — Langue fendillée sur la face dorsale. Pas de psoriasis. A la pointe et sur le bord droit, ulcération en forme de cupule, à bords taillés à pic, à fond grisâtre. Engorgement des ganglions sous-maxillaires du côté droit. Les dents sont bien conservées.

Quand le malade mange, il sent de petits picotements toutes les fois que sa langue est en contact avec les solides et les liquides. Il éprouve aussi de la douleur en parlant. Salivation abondante. Sirop de Gibert 2 cuillerées par jour.

12 *février.* — Le malade revient : la langue n'est plus aussi volumineuse. Plus de douleur en mangeant ni en parlant.

L'ulcération a beaucoup diminué : le fond est uni. Les ganglions du cou sont moins volumineux ; plus de salivation.

Un mois après le malade revient à la consultation ; il a continué le traitement; l'ulcération a disparu et il ne reste plus que des sillons sur la langue.

Obs. CCLI. — *Papillome ulcéré de la langue. Amputation partielle. Guérison. Récidive rapide dans les ganglions du cou. Injection parenchymateuse dans ces ganglions. Le processus continue. Accidents cérébraux ultimes. Mort.* — Dufour (Emmanuel), quarante-neuf ans, orfèvre, entre le 12 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 11.

Alcoolique, ni scrofule, ni syphilis, ne fume jamais, pas d'hérédité pathologique. Depuis un an apparition de plaques blanchâtres arrondies, peu proéminentes sur la moitié antérieure de la face dorsale de la langue ; ni gêne ni douleur jusqu'en décembre dernier. A cette époque ulcération du bord gauche de la langue. Mastication impossible de ce côté; l'ulcération s'étendit rapidement.

2 *janvier*. — Sur les deux tiers antérieurs du bord gauche de la langue ulcération régulièrement ovalaire qui s'étend, d'une part, jusqu'au sillon médian du dos de la langue, de l'autre, jusqu'au voisinage du plancher de la bouche. La surface uniformément rouge ocreuse est légèrement excavée, saignante et recouverte d'un liquide ichoreux peu abondant. Les bords sont réguliers et forment une ligne très nette sur la limite postérieure de l'ulcération ; ils sont constitués vers la face dorsale par des papilles hypertrophiées et érodées; leur coloration est blanchâtre. La moitié antérieure de la face dorsale de la langue, séparée de la moitié postérieure qui est saine par un sillon dirigé obliquement de l'extrémité postérieure de l'ulcération vers la moitié du côté droit de l'organe, est rugueuse et d'une coloration blanc jaunâtre. Des plaques de même couleur recouvrent la pointe et un peu la face inférieure de l'organe. En tous ces points l'aspect particulier de l'épiderme ferait croire qu'il a macéré dans un liquide. Rien du côté des joues et du plancher de la bouche ; rien dans les ganglions. L'ulcération est complètement indolente et détermine de la gêne dans les mouvements de la langue, pendant la mastication et la déglutition. Le malade parle difficilement.

20. — Chloroforme. Hémostasie préventive. Les mâchoires sont maintenues écartées au moyen de l'instrument de Luër. Puis nous pratiquons l'ablation de la partie antérieure de la langue avec des ciseaux en ménageant la portion inférieure qui n'est pas envahie, de telle sorte que la surface de section est taillée en biseau. Avant d'enlever les pinces qui ont servi à l'hémostasie préventive, nous en plaçons cinq autres sur les vaisseaux divisés.

21. — On enlève toutes les pinces hémostatiques. Lavages avec l'eau alcoolisée. P = 86. T = 38°.

22. — P = 82. T = 37° 8. Aliments liquides, bouillons, potages.

23. — Le malade se trouve bien, température et pouls normaux. Pas d'accidents consécutifs, suppuration modérée. Le malade parle facilement, la cicatrisation marche très rapidement et il sort guéri le 27 février. Nous le revoyons quinze jours après sa sortie. Les gan-

glions sous-maxillaires sont pris, ils forment une tumeur du volume d'une grosse noix et sont indurés, adhérents à la peau ; douleurs lancinantes très vives ; nous faisons une injection de morphine et nous conseillons l'application de cataplasme. Un mois après le malade revient, la tumeur a le volume du poing ; la peau est rouge, amincie ; fluctuation obscure au sommet ; injection de la solution de chlorate de potasse avec la seringue de Pravaz. Bientôt la tumeur s'ulcère, suppuration abondante, ichoreuse, fétide ; l'ulcération gagne en largeur et en profondeur ; en même temps le malade perd ses forces, maigrit et est obligé de garder le lit. L'ulcération atteignit l'artère faciale dont les parois se perforent, hémorragie abondante arrêtée par le perchlorure de fer. Le 12 août, le malade accusa des troubles cérébraux qui s'accentuèrent progressivement jusqu'au moment de la mort survenue le 20.

Obs. CCLII. — *Épithélioma tubulé de la face inférieure de la langue. Ablation avec le bistouri. Invasion consécutive des ganglions sous-maxillaires.* — Jarijean (Léonard), soixante-dix ans, maçon, entre le 31 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 75. Bonne constitution. Pas d'hérédité. Fumeur de pipe (30 grammes de tabac par jour). Il y a cinq mois, il vit apparaître à gauche du frein de la langue, à l'union de la muqueuse linguale et du plancher de la bouche, un point ulcéré du diamètre du grain de chènevis, et dont il rattache le développement au frottement de la muqueuse contre les racines de la première petite molaire cariée. Cette ulcération s'étendit peu à peu en restant indolente.

31 *janvier*. — Ulcération régulièrement circulaire de 1 centimètre de diamètre dans tous les sens, à surface à peine déprimée au même niveau que les parties voisines. Elle est recouverte d'un liquide ichoreux et d'un enduit grisâtre luisant, qui sépare de petites granulations rouges. Bords réguliers, aplatis, linéaires, de couleur rosée. La base de l'ulcération est indurée mais très circonscrite. Gêne des mouvements de la langue et de la mastication.

3 *février*. — Le malade n'est pas endormi. Hémostasie préventive. Incision circulaire autour de l'ulcération, comprenant les parties molles voisines. Après avoir enlevé cette portion de la tumeur, on reconnaît qu'elle présente des caractères qu'il n'avait pas été possible d'apprécier précédemment. Cette ulcération, qui paraissait superficielle, s'étend profondément d'avant en arrière, suivant le grand axe de la langue, sur une longueur de 1 centimètre. Elle a creusé dans la couche musculaire une cavité irrégulièrement cylindrique à grand axe antéro-postérieur. Cette cavité est remplie par des filaments qui s'implantent à la manière des fibres du velours perpendiculairement aux parois ; chaque filament de 3 millimètres de longueur est jaunâtre ; tous sont de même longueur et de même

grosseur. Comme la tumeur se prolongeait beaucoup plus profondément, il faut reprendre l'opération pour enlever tout ce qui semble suspect. Pendant l'opération on éponge la bouche ; cinq pinces hémostatiques appliquées sur les plus gros vaisseaux sont enlevées le lendemain.

4. — Le malade se trouve très bien ; lavage de la plaie avec de l'eau alcoolisée. La cicatrisation marcha rapidement et le malade put quitter le service le 9 février.

25. — La cicatrisation est complète, mais il éprouve des douleurs sourdes dans les régions parotidiennes et sous-maxillaires. Avulsion de racines de dents cariées.

2 *mars*. — Les ganglions sous-maxillaires sont pris, douleurs lancinantes très vives. La peau est chaude, rouge, amincie.

10. — Ulcération épithéliale de la peau. Le malade doit entrer dans un asile.

Obs. CCLIII. — *Epithélioma de la langue et du plancher de la bouche. Ablation par le thermocautère, cicatrisation rapide. Invasion secondaire des ganglions sous-maxillaires.* — Langlais (Désiré), cinquante et un ans, entre le 2 juillet 1877, salle Sainte-Marthe, 6. Forte constitution, pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques. Fumeur de pipe à tuyau court ; il y a six mois, apparition d'un petit bouton sur la face dorsale de la langue à gauche de la ligne médiane au voisinage de la pointe ; ulcération rapide qui s'étend de proche en proche sur la face dorsale. Gêne de la parole et de la mastication ; peu de douleurs.

27 *juillet*. — La langue semble raccornie et comme tassée vers le plancher de la bouche. Elle est le siège d'une ulcération irrégulière qui remonte en arrière jusqu'à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, en dehors jusqu'au bord gauche de l'organe ; en dedans elle dépasse la ligne médiane de 1 centimètre vers la droite ; en avant, elle contourne la pointe et empiète légèrement sur la face inférieure. La surface de cette ulcération est concave, excavée au centre où elle est recouverte de fongosités mollasses, d'une couleur rouge violacée, séparées les unes des autres par des dépôts cireux et laissant suinter un liquide ichoreux caractéristique ; la périphérie semble plutôt érodée qu'ulcérée et se confond insensiblement avec les parties voisines ; elle est d'un rouge vif uniforme. Les bords sont peu saillants, sinueux et formés par une série de papilles hypertrophiées, très distinctes, qui semblent recouvertes d'un revêtement épithélial blanchâtre assez épais. Au toucher on constate une induration diffuse beaucoup plus étendue que la base de l'ulcération, et qui s'étend au plancher de la bouche sur un espace de 1 centimètre et demi. Les mouvements de la langue sont limités et douloureux, principalement ceux de projection en avant. Gêne de la phonation,

de la mastication et de la déglutition. Rien d'apparent dans les ganglions; l'affection est très étendue, cependant M. Ricord, qui nous adresse le malade, considère que l'opération est encore possible.

2 *juin* 1877. — Chloroforme. La langue étant attirée au dehors à l'aide de griffes, nous faisons une première incision verticale avec le thermo-cautère, à 1 centimètre en avant de l'épiglotte et allant de l'un à l'autre pilier du voile du palais ; une autre transversale à travers le plancher de la bouche, au-dessous de la langue, et destinée à enlever, en même temps que cet organe, la plus grande partie du plancher de la bouche, en dépassant les limites du mal. Quatre pinces hémostatiques sont laissées sur les vaisseaux les plus importants pendant vingt-quatre heures.

3. — T M = 37°,6. T S = 38°. P = 90.

4. — T M = 37°,4. T S = 37°,8. P = 88.

5. — T M = 37°. T = 37°,4. P = 84.

Lavages avec l'eau alcoolisée. Les jours suivants, la surface de la plaie ne présente pas l'aspect inflammatoire. Peu de douleurs. Pas de suintement sanguin. Les escharres se détachent rapidement. Au bout de douze jours le malade parle assez facilement, bien que l'articulation de certains mots soit gênée. Il sort de l'hôpital le 13 juin ; un changement remarquable s'est passé dans l'état général, depuis qu'il n'avale plus le liquide ichoreux. La face est bonne, et le malade est très heureux de cette opération. Vingt jours après l'ablation, engorgement symétrique des ganglions sous-maxillaires.

Obs. CCLIV. — *Epithélioma de la langue. Amputation partielle de cet organe. Sphacèle de la pointe. Guérison.* — Melun (Lucien), trente-cinq ans, marchand de vin, entre le 24 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 27. Forte constitution, pas d'hérédité, aucun accident vénérien. Fumeur de pipe. Il y a trois mois, il remarqua sur le bord droit de la langue, au voisinage du pilier antérieur du voile du palais, un petit bouton blanchâtre, verruqueux, saillant, induré, produisant la sensation gênante de corps étranger, mais complètement indolent. Dans les mouvements de déglutition et de mastication, ce bouton frottait contre les molaires correspondantes. Il ne tarda pas à s'ulcérer et s'étendit alors rapidement.

24 *juin*. — La bouche étant ouverte, et la langue projetée en avant et à gauche, on voit sur la moitié postérieure du bord droit de l'organe, au niveau du pilier antérieur correspondant, une ulcération ovalaire à grand axe antéro-postérieur, de 3 centimètres de diamètre; elle mesure verticalement 2 centimètres, occupe toute la hauteur du bord de la langue et le dépasse même du côté de la face dorsale. Les bords proéminent au-dessus de la muqueuse labiale, dont ils sont séparés par un sillon nettement accusé; ils sont assez réguliers et formés par de gros bourgeons charnus, d'un rouge foncé du côté

de l'ulcération, blanchâtres et comme recouverts par une pellicule épithéliale du côté de la muqueuse restée saine. Le fond de l'ulcération, soulevé et sur le même plan que les bords, avec lesquels il se confond insensiblement, est luisant, d'un rouge foncé uniforme et recouvert de fongosités laissant suinter le liquide ichoreux caractéristique du cancroïde. Elles sont formées par les papilles linguales hypertrophiées et érodées ; ces papilles sont séparées par des sillons peu profonds, en partie comblés par des débris épithéliaux et de l'ichor. La moitié antérieure de la langue est complètement saine et offre la coloration blanc-rosé de la muqueuse normale ; elle n'est pas fendillée comme dans les cas de gommes syphilitiques. Au toucher, la consistance de l'ulcération est ferme comme fibroïde; celle-ci repose sur une base indurée bien circonscrite, de même diamètre qu'elle et ne semblant pas dépasser notablement l'épaisseur de la muqueuse labiale. Rien dans les ganglions sous-maxillaires ; l'ulcération est indolente et n'a jamais été le siège d'hémorragies; mais elle gêne considérablement les mouvements de mastication, de déglutition et de phonation. De plus, l'absorption continue du liquide ichoreux fétide par les voies digestives devient une source d'affaiblissement et d'infection générale. Aussi nous hâterons-nous de faire l'ablation de cette tumeur. (On sait combien il est parfois difficile de différencier le cancroïde de la langue des gommes syphilitiques ulcérées. Dans le cas actuel, les caractères de l'ulcération épithéliale sont tellement typiques que le diagnostic ne saurait souffrir de difficultés. De plus les gommes sont souvent multiples et s'accompagnent d'un aspect fendillé de la langue d'une grande valeur. Ajoutons que les antécédents du malade recherchés avec soin sont purement négatifs au point de vue de la syphilis.)

7 *juillet.* — Chloroforme. La pointe de l'organe étant saisie avec des pinces et attirée au dehors, nous faisons l'hémostasie préventive. Cette manœuvre est difficile à cause du siège de la tumeur sur le tiers postérieur de la langue. Pour éviter l'écoulement du sang vers les voies aériennes, nous introduisons entre les joues et les arcades dentaires des éponges montées sur des pinces. Nous disséquons ensuite la tumeur avec le bistouri, et bien qu'elle semble très limitée, nous enlevons largement les parties voisines, en prenant soin d'appliquer des pinces hémostatiques sur les vaisseaux à mesure que nous les sectionnons et de changer de temps à autre les éponges montées. Malgré les difficultés du manuel opératoire, l'ablation fut faite rapidement et sans perte de sang. L'opération terminée, il reste une vaste perte de substance sur laquelle nous laissons 5 pinces hémostatiques pendant vingt-quatre heures. Pas d'hémorragie consécutive.

8. — T M = 37°,8. P = 88. Bouillon et potage.

9. — T M = 38°. P = 90. Vives douleurs au niveau de la pointe de la langue, sur la moitié antérieure de l'organe existe une ecchymose qui dessine la trace des mors de la pince avec laquelle la langue a été attirée au dehors.

10. — T M = 38°. P = 92. Perte de l'appétit. Le tiers antérieur de la langue présente des teintes de sphacèle.

11. — Même état. Apparition du sillon d'élimination.

12. — L'escharre se détache en partie, elle comprend toute l'épaisseur de la langue.

13. — Chute de l'escharre ; il reste une plaie rosée couverte de bourgeons charnus. A partir de ce moment les plaies produites par l'opération et la chute de l'escharre marchent vers la guérison. La suppuration fut modérée.

20 *juillet*. — Le malade commença à prendre des aliments solides.

23. — La cicatrisation était complète et le malade quitta le service. Il ne restait plus de la langue qu'un moignon représenté par le tiers postérieur et la moitié gauche du tiers moyen, néanmoins les fonctions de mastication et de déglutition s'accomplissaient normalement. Le malade prononçait tous les mots à l'exception de certaines consonnes. Rien dans les ganglions sous-maxillaires au moment du départ.

CHAPITRE VI

MALADIES DES VAISSEAUX

Obs. CCLV. — *Anévrysme artérioso-veineux des vaisseaux femoraux consécutif à une plaie de la cuisse par instrument tranchant. Pincement de l'artère au-dessus et au-dessous du sac. Sphacèle du bout supérieur de l'artère. Hémorragie secondaire. Ligature de la fémorale. Mort.* — Desmurs (Philibert), quarante-six ans, employé, entré le 1er mars 1878, salle Sainte-Marthe, 10. Très forte constitution, jamais de maladies graves. Il y a cinq ans, pendant qu'il écrivait, assis devant un bureau, les cuisses légèrement écartées, un grattoir long de 13 centimètres, à lame ellipsoïde, tranchante des 2 côtés, longue elle-même de 3 centimètres et large de 2, glissa et tomba horizontalement, la pointe dirigée perpendiculairement à la face interne de la cuisse gauche. Afin d'arrêter l'instrument dans sa chute le malade rapprocha les deux cuisses par un brusque mouvement d'adduction. La face interne de la cuisse droite rencontra l'extrémité libre du manche et la lame s'enfonça tout entière dans la face correspondante de la cuisse gauche un peu au-dessous de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen et plus près de la face postérieure que de l'antérieure. Dès que l'instrument eut été enlevé, hémorragie abondante, dont le malade ne peut apprécier même approximativement la quantité. Le sang traversa le pantalon, tomba jusque dans la chaussure et inonda le parquet. Deux médecins appelés sur-le-champ ne purent se rendre maîtres de l'hémorragie qu'en appliquant sur la plaie plusieurs couches d'amadou et en exerçant une compression énergique. Le malade fut porté à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. A. Guérin. Le premier pansement fut laissé en place pendant quinze jours, jusqu'à ce que l'amadou tombât de lui-même. L'existence d'un anévrysme artérioso-veineux ayant été constatée, on fit à deux reprises la compression digitale, la première fois pendant quinze heures, la seconde pendant vingt heures, sans résultat. A sa sortie de l'hôpital, le malade reprit ses occupations en portant une cuissière et un bas élastique. Mais bientôt suivirent divers accidents ; les vei-

nes superficielles de la jambe et de la cuisse gauches devinrent flexueuses, variqueuses ; œdème des malléoles à la fin de la journée, disparaissant par le repos. Pendant la nuit, crampes et fourmillements dans les cuisses, les mollets et plus rarement aux pieds ; ces derniers accidents également prononcés dans le membre inférieur droit et dans le gauche, plus accentués l'hiver que l'été, augmentaient d'intensité de jour en jour. Il y a deux ans et demi, une veine dilatée s'ouvrit spontanément au niveau de la malléole interne gauche ; hémorragie veineuse et ulcère consécutif ; quelque temps après, deux autres veines s'ouvrirent de la même manière sur la face externe de la jambe, l'une à 4 centimètres au-dessus du sommet de la malléole péronière, l'autre à deux travers de doigt plus haut. Il y a deux ans, le malade entra dans notre service, pour ces ulcères variqueux. Traitement, repos, pansement occlusif et compressif au sparadrap, jambe maintenue dans un hamac, le talon plus élevé que le genou. Guérison en six semaines. Mais peu après, le malade ayant recommencé à travailler, les mêmes accidents se reproduisirent, bien qu'il ne cessât de porter sa cuissière et son bas élastique.

1er *mars*. — Du côté gauche on constate, au niveau et au voisinage des malléoles une coloration plus foncée de la peau, les ulcères variqueux dont nous avons parlé, un état flexueux des veines superficielles de la jambe et de la cuisse, un développement notable du système pileux, surtout marqué à la face antéro-interne de la cuisse, les poils sont plus longs et plus abondants que du côté opposé ; hypertrophie des glandes sébacées, dont les orifices sont dilatés sur toute l'étendue du membre. Sur la face interne de la cuisse, un peu au-dessous de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen ; sur le trajet des vaisseaux fémoraux, on trouve une cicatrice blanchâtre linéaire, longue de deux centimètres et demi et dirigée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. Pas de tumeur visible à l'œil nu, le volume des deux cuisses paraît sensiblement le même, néanmoins la mensuration démontre que la circonférence de la cuisse gauche au niveau de la cicatrice a un centimètre de plus que celle de la cuisse droite au même niveau. Si on place la main sur la région, on perçoit immédiatement un frémissement vibratoire continu avec redoublement au moment de la systole artérielle. On constate en même temps la présence d'une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, pulsatile et peu dépressible, constituée manifestement par un renflement des vaisseaux fémoraux. Le *thrill* se prolonge sur le trajet des vaisseaux, d'une part, en bas, jusqu'à l'anneau du troisième adducteur, de l'autre en haut, jusqu'au voisinage de l'anneau crural ; il est plus accentué au-dessus de la tumeur anévrysmale, qu'au-dessous. Dans le creux poplité il a complètement disparu. A l'auscultation on entend

un bruit de souffle continu, avec renforcement au moment de la systole cardiaque ; ce bruit se propage dans la même direction et la même étendue que le frémissement, c'est-à-dire de l'anneau crural à l'anneau du troisième adducteur ; il est aussi plus marqué au-dessus de la tumeur, qu'au-dessous. En un mot les caractères de l'anévrysme artérioso-veineux sont des plus tranchés. Le malade est très anémique, l'état variqueux des veines, le développement des ulcères, l'empêchent complètement de travailler, d'autre part, il éprouve presque continuellement des crampes et des fourmillements nocturnes.

2. — Chloroforme. Nous traçons à l'encre la direction des vaisseaux fémoraux, puis, à l'aide du bistouri, nous faisons au niveau de la tumeur anévrysmale, le long du bord interne du muscle couturier, une incision qui divise successivement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; nous constatons chemin faisant que le tissu adipeux est très développé. La veine saphène est située au-dessous de la lèvre postérieure de l'incision, nous prenons soin de l'éviter en la faisant écarter à l'aide de rétracteurs. Nous incisons l'aponévrose près du bord interne du couturier que nous faisons soulever par un autre aide au moyen d'un second rétracteur et nous tombons sur une dilatation sacciforme qui n'est autre que le sac anévrysmal formé aux dépens de l'artère fémorale ; il est impossible de voir la veine qui est située à la face postérieure du sac. Nous mettons celui-ci à nu et nous appliquons des pinces hémostatiques au-dessus et au-dessous, afin d'interrompre le cours du sang et d'obtenir ainsi la formation d'un caillot.

3. — Pas de réaction fébrile. T M = 37°,6. Hoquet et vomissement. Le malade a eu du hoquet et des vomissements jusqu'au 12 mars. Ces phénomènes on été entravés par l'électrisation du diaphragme. Dans la nuit du 23 au 24 mars, il y eut sphacèle du bout supérieur de l'artère et hémorragie abondante. M. Bulteau, interne du service, fit en vain la ligature de l'artère fémorale. Mort le 27 mars 1878.

ULCÈRES VARIQUEUX.

Obs. CCLVI. — Tessier (Jean), soixante et onze ans, typographe, entre le 25 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 1. Aux deux jambes, varices ; il y a dix ans, premier ulcère au voisinage de la malléole interne gauche. Divers traitements. Aujourd'hui l'ulcère variqueux a la surface d'une pièce de 2 francs. Repos au lit. Occlusion avec des bandelettes de sparadrap. Guérison complète au bout de quinze jours.

Obs. CCLVII. — Baroche (Julien), soixante et onze ans, déménageur, entre le 28 décembre 1877, salle Saint-Augustin, 70. Varices aux deux jambes, premier ulcère il y a six ans, à la suite d'un traumatisme. Guérison par le repos. S'ouvre de nouveau après un travail exagéré. Repos au lit. Pansement à l'eau alcoolisée. Sort sur sa demande.

CHAPITRE VII

MALADIES DU TUBE DIGESTIF

§ I

PORTION SUS-DIAPHRAGMATIQUE.

Les 24 observations qui vont suivre se répartissent de la manière suivante :

Lèvres, 14,

Voûte palatine, 5,

Plancher de la bouche et pharynx, 5.

Les six premières sont relatives à des divisions congénitales des lèvres. L'âge de cinq des malades a varié de trois jours à trois mois ; la sixième observation est relative à un adulte ; nous n'insisterons pas sur ses détails.

Dans les cinq cas relatifs aux enfants, nous opérâmes et nous eûmes quatre fois des succès complets, bien que le bec-de-lièvre fût compliqué de fissure palatine et division du voile. Le cinquième opéré (enfant de vingt-trois jours) avait un bec-de-lièvre double compliqué ; il appartenait à une famille de la campagne ; les soins consécutifs furent donnés par son médecin et nous n'avons pas eu de renseignements sur le résultat définitif.

Toutes les observations qui précdèent donnent lieu à des considérations du même ordre ; nous avons discuté dans la deuxième édition de l'ouvrage de Nélaton, à quel âge on doit

entreprendre l'opération du bec-de-lièvre. Est-ce immédiatement après la naissance ? Oui, toutes les fois que la santé de l'enfant le permet. Mais s'il est extrêmement faible, l'opération pourrait le mettre sérieusement en danger.

Peut-on chloroformer les enfants de cet âge ? Nous n'hésitons jamais à le faire, même le jour de la naissance, car l'observation nous a démontré qu'il n'y a aucun danger si l'on prend des précautions suffisantes.

On objectera que pendant le sommeil chloroformique, le sang peut tomber dans le larynx. Rien de semblable n'est à redouter, si l'on a soin de faire, pendant toute la durée de l'opération, l'hémostasie avec les pinces ; la suture peut être terminée sans que l'on ait une goutte de sang. Même si le bec-de-lièvre est double, il est facile à l'aide d'éponges montées sur nos pinces, préparées à l'avance et portées dans la bouche, d'empêcher le sang de tomber dans le larynx. D'ailleurs on ne pousse pas trop loin l'anesthésie, afin de laisser au larynx assez de susceptibilité pour que le contact du sang agisse à la manière d'un corps étranger, et détermine un réflexe qui en amène l'expulsion. Peut-on faire la staphyloraphie le même jour ? — Nous ne le conseillons pas, même lorsque l'enfant est vigoureux. Il suffit de remédier à la difformité labiale ; on s'oppose ainsi l'écartement ultérieur des os. Il sera facile de faire la suture du voile, à une époque où les enfants sont plus en état de supporter l'opération.

Lorsque l'écartement est très grand, il faut se mettre en garde contre l'asphyxie. Elle peut se produire très vite parce que les malades ont l'habitude de respirer par l'hiatus naso-labial, plutôt que par la bouche. Avant l'opération, l'une des narines est naturellement trop étroite, comme atrophiée, et permet à peine le passage de l'air ; l'autre est étalée, aplatie et paraît démesurément grande, mais une fois les bords de la lèvre avivés et rapprochés, plus l'écartement était grand au niveau de la narine, plus cette narine deviendra petite ; elle sera comme oblitérée par le fait même du rapprochement des deux moitiés de la lèvre. Il en résulte, surtout si les

enfants sont jeunes et délicats que, l'opération terminée, ils sont pris de suffocation et meurent asphyxiés.

Le malade de l'observation CCLVIII avait un bec-de-lièvre congénital compliqué de division de la voûte et du voile du palais. A deux reprises différentes on a tenté vainement de remédier à cette difformité, mais sans succès. Lorsqu'il vint nous trouver (il avait alors vingt-trois ans) il avait pris son parti de sa difformité, mais il désirait vivement que l'on pût remédier aux désordres fonctionnels qui l'accompagnaient. Pendant la mastication, il était obligé d'obturer avec la main l'orifice labial, autrement une partie des aliments eût été rejetée au dehors; une autre partie était refoulée dans les fosses nasales; la phonation était presque impossible, il était obligé d'écrire certains mots. On verra dans le cours de l'observation comment nous procédâmes ; le succès ne fut pas complet, puisque le petit lambeau médian se sphacéla ; néanmoins, la difformité fut notablement atténuée ; les troubles fonctionnels disparurent presque. En somme cette observation est intéressante aussi bien au point de vue de la pathologie des lèvres et de la voûte palatine qu'au point de vue de la médecine opératoire ; elle montre :

1° La tendance qu'ont certains malades à garder pendant de longues années, surtout quand une première opération n'a pas réussi, une difformité qui augmente constamment par le passage de la langue à travers la fente labio-maxillaire.

2° L'avantage qu'il y a à débrider largement de chaque côté les lèvres lorsqu'elles sont aussi écartées.

3° Au lieu de débrider transversalement comme le font les chirurgiens, il est préférable de détacher les joues dans la direction de la fosse canine et de la branche montante et de circonscrire la narine en remontant même au-dessus d'elle.

Ce mode de débridement permet en outre d'attirer les parties opposées et avivées des lèvres, sans oblitérer l'orifice inférieur des narines et produire une dyspnée inquiétante.

4° Les avantages que l'on retire des aiguilles à transfixion

passées en dehors des parties débridées et à travers le nez et laissées provisoirement à demeure.

5° L'utilité qu'il y a à suturer de bas en haut pour assurer la régularité du liseré muco-cutané des lèvres.

6° Enfin, les avantages de la suture métallique appliquée dans toute la hauteur pour réunir ensemble les lèvres, la cloison et le pourtour des narines et obtenir une adhésion plus solide et plus régulière.

Les observations d'épithéliomas des lèvres sont moins nombreuses que dans les deux volumes précédents; nous allons les résumer et en tirer un certain nombre de conclusions relatives aux caractères cliniques de ces tumeurs.

Tableau récapitulatif des Cancroïdes des lèvres dont les observations se trouvent dans les Cliniques.

SEXE	HABITUDES	DURÉE	SIÈGE		OPÉRATION.	RÉSULTAT			INDICATIONS
							RÉCIDIVE		
AGE.	ANTÉCÉDENTS	DE LA MALADIE au moment de l'entrée.	LÈVRE supérieure.	LÈVRE inférieure.		GUÉRISON.	au bout de	dans	BIBLIOGRAPHIQUES.
M. 60	Fumeur.	2 mois.		1	Ablation par le bistouri.	1			Clinique, 1875, p. 537.
M. 40	id.	8 mois.		1	id.		6 mois.	Gangl. sous-maxillaire.	Clinique, 1875, p. 537 et 1876, p. 525.
M. 41	?	?		1	Ligature.		2 mois.	Ganglion sus-hyoïd.	Clinique, 1875, p. 538.
M. 49	Ne fume pas.	3 ans.		1	Aucune.				— — p. 539.
M. 50	Fumeur.	2 mois.	1		id.				
M. 58	id.	1 mois?		1	Ablation par le bistouri.		1 mois.	Dans l'épaisseur de la lèvre.	— 1876, p. 521.
M. 70	id.	1 an.	1		id. Ablation.	1 1			— — p. 522.
M. 60	id.	id.		1	id.	1			— — p. 523.
M. 53	?	10 ans.	1		id.	1			— — p. 523.
F. 74	»	4 mois.	1		id	1			
M. 57	Fumeur	8 mois.		1	id.	1			

Sur ces onze cas, dix sont relatifs à des hommes et un seulement à une femme ; parmi les hommes, sept attribuaient l'origine de la maladie à l'habitude de fumer avec excès. L'âge a varié de quarante à soixante-quatorze ans. Sous ce rapport, les faits se répartissent ainsi :

De 40 à 50 ans :	3 cas
— 50 à 60 —	4 —
— 60 à 70 —	3 —
— 70 et au delà.............	2 —

Au moment où les malades se présentèrent à l'hôpital les tumeurs avaient duré de deux mois à dix ans ; on pourrait à la rigueur exclure l'observation CCL (*Clin.* de 1876, p. 523). dans laquelle la marche fut aussi lente ; il s'agissait d'un épithélioma tubulé ayant tous les caractères extérieurs d'un kyste sébacé.

La lèvre inférieure a été intéressée sept fois ; la lèvre supérieure quatre fois, et dans ces quatre cas, sont compris les deux tumeurs qui ne pouvaient être mises sur le compte de l'habitude de fumer : l'épithélioma tubulé et le cancer observé chez la femme de soixante-quatorze ans.

Au moment de l'entrée des malades, deux tumeurs étaient inopérables à cause de l'invasion des ganglions ; une avait mis trois ans à se développer chez un individu ne fumant pas ; l'autre était un cancroïde des fumeurs à marche extrêmement rapide, puisqu'il n'avait été aperçu que deux mois avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Neuf malades furent opérés, huit avec le bistouri, un par ligature de la tumeur ; trois eurent des récidives (un dans l'épaisseur de la lèvre, deux dans les ganglions) ; chez les autres on n'avait pas encore constaté de récidive au bout d'un an.

En somme sur onze observations d'épithélioma ou de cancer des lèvres nous trouvons : sept cancroïdes des fumeurs, soit une proportion de 63, 6 p. 0/0. Sur ce nombre un était déjà inopérable au bout de deux mois ; deux ont récidivé. C'est assez dire que ces tumeurs sont extrême-

ment graves, et que l'on ne saurait intervenir trop tôt contre elles.

Parmi les faits relatifs à la voûte palatine nous devons insister particulièrement sur celui qui est relaté dans l'observation CCLXXII, p. 533. Il s'agit d'une carie étendue de la voûte développée chez une petite fille de onze ans. Après avoir scruté minutieusement ses antécédents, nous arrivâmes à conclure que la cause première de la maladie était l'évolution vicieuse d'une dent de seconde dentition. Les explorations étaient difficiles à cause de la douleur extrêmement vive que présentait toute la région, nous dûmes endormir l'enfaut et cela dans un double but: afin de nous assurer de la nature exacte des désordres, et d'y remédier à mesure que nous les découvririons; nous reconnûmes effectivement qu'il y avait des séquestres émobiles; que la nécrose avait eu pour cause immédiate l'évolution vicieuse d'une canine de seconde dentition; que cette canine elle-même avait un volume anormal; jusque-là rien d'extraordinaire. Nous enlevons les séquestres mobiles et la dent qui avait été la cause de tout. Cette opération n'arrêta pas complètement la maladie, l'os incisif probablement nécrosé en grande partie au moment de notre opération s'élimina en totalité. L'état général était d'ailleurs assez mauvais; autour des orifices fistuleux de la voûte palatine se formaient des bourgeons charnus vivaces. Un régime reconstituant et des cautérisations superficielles au nitrate d'argent ne produisirent absolument rien, et au bout de quelques mois, ces productions en apparence secondaires se mirent à suivre une marche toute différente et à se transformer en véritable sarcome du maxillaire supérieur. On pourra voir dans l'observation quelles étaient l'étendue et l'importance des désordres au mois de février 1878, trois mois après notre opération. Dans le présent volume nous avons déjà mentionné deux faits qui présentent avec celui-ci une analogie frappante; dans l'un il s'agit d'une synovite fongueuse de la jambe qui dégénère et donne lieu à une tumeur maligne (p. 68, fig. 35): dans une autre un sarcome partait d'une exulcération scrofuleuse

de la jambe devenue fongueuse au bout d'un certain temps. (V. p. 345).

Le cas actuel forme le complément des deux premiers ; tous nous renseignent sur l'origine de certains sarcomes ; des granulations inflammatoires à structure imparfaite peuvent changer de caractère, acquérir de la vitalité à mesure que l'état général s'affaiblit et donner naissance à des tumeurs malignes aussi envahissantes et aussi redoutables que celles qui paraissent spontanées ou dont on ne voit pas le point de départ. L'indication thérapeutique à tirer de là, c'est qu'il faut tout faire pour réprimer les fongosités inflammatoires et qu'une intervention ayant pour but d'enlever une cause de suppuration continue est toujours parfaitement légitime.

Trois des épithéliomas de la voûte palatine avaient débuté par les parties molles du voisinage de la ligne médiane et de l'arcade alvéolaire ; les individus étaient âgés de quarante à soixante ans : tous sans exception fumaient beaucoup ; au moment où ils entrèrent dans le service les tumeurs dataient de trois mois à douze ans. Chez le dernier malade il y avait eu d'abord un petit abcès dont les bords étaient restés fongueux ; plus tard les bourgeons avaient dégénéré et envahi les parties voisines. Dans l'observation CCLXXVI il ne pouvait être question d'irritations locales, la tumeur était partie du sinus maxillaire.

L'observation CCLXXV était intéressante à plusieurs titres, elle montrait : 1° la marche insidieuse de ces productions à leur début, et c'est pour cette raison que les malades ne songent pas à réclamer une intervention précoce ; 2° l'évolution rapide de l'affection à partir du moment où elle fait une saillie apparente sur l'une des faces du maxillaire ; 3° que, à cette époque, s'il est facile de reconnaître, comme dans le cas actuel, le moment où elle traverse les parois osseuses du sinus pour faire saillie dans la bouche ou dans les fosses nasales, il existe aussi des cas, comme dans celui-ci, où il est impossible de savoir avant l'opération que le mal a envahi les parties profondes de l'orbite, parce qu'il n'y avait

presque pas d'exophthalmie, et la région ptérygoïdienne, ainsi que le corps du sphénoïde, puisqu'il n'y avait pas de déformation spéciale apparente de ce côté; 4° que dès l'instant où les parties molles de l'orbite, la région ptérygoïdienne et le corps du sphénoïde sont envahis, l'opération et ses suites augmentent considérablement de gravité; car s'il est facile d'enlever le contenu de l'orbite et sa partie antérieure, il l'est moins d'enlever les parties profondes qui avoisinent le crâne, les apophyses ptérygoïdes et les muscles ptérygoïdiens, qui se trouvent au niveau d'un riche plexus veineux et surtout le corps sphénoïde; son voisinage de la cavité crânienne ne permet pas de reséquer trop largement. Chez ce malade nous n'avons rien négligé pour surmonter toutes ces difficultés, et nous croyons que sans nos pinces hémostatiques, et sans les précautions que nous prenons d'ordinaire pour l'anesthésie et pour empêcher le sang de tomber dans les voies aériennes, il n'eût pas été possible de poursuivre jusqu'au bout cette opération. En raison même de l'étendue et surtout de la nature du mal, nous avons lieu de craindre que la récidive, soit dans les ganglions, soit dans les parties profondes ait lieu, à une époque variant entre six mois et deux ans au plus. Preuve incontestable que le chirurgien n'opérera jamais trop tôt.

L'observation CCLXXII relative au plancher de la bouche montre également : 1° combien il importe d'opérer de bonne heure le cancer de la bouche, et en particulier celui du plancher; 2° la tendance qu'il a à se porter vers le périoste gingival du maxillaire inférieur. Au bout d'un certain temps, il n'est plus possible de conserver le rebord inférieur du maxillaire, si l'on veut empêcher la déformation de la face, et l'envahissement de la portion restante du corps de l'os. De là nécessité de la section totale et plus tard l'importance de placer un appareil pourvu de dents artificielles qui viennent aisément, pendant la mastication entrer en contact avec les dents supérieures; 3° la possibilité de faire cette résection par une seule incision transversale peu apparente, d'ouvrir tardivement la bouche, d'empêcher la perte de sang

à l'aide de pinces et d'obtenir une guérison rapide, malgré les désordres causés par le mal et par l'opération.

1° *Lèvres.*

Obs. CCLVIII. — *Bec-de-lièvre congénital unilatéral gauche. Opéré deux fois dans l'extrême enfance sans succès. Division de la voûte et du voile du palais. Autoplastie. Succès partiel.* — Lefèvre (Alphonse), vingt-trois ans, manouvrier, entre le 7 décembre 1878, salle Sainte-Marthe, 3. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, vénériens ou tuberculeux. Forte constitution. Jamais de maladies graves. Il est atteint d'un bec-de-lièvre unilatéral gauche, congénital, avec fente palatine et division du voile du palais. Quelques jours après la naissance, il a subi l'opération du bec-de-lièvre, à la campagne; cette opération n'a pas été suivie de succès. A l'âge de trois ans il resta dix-huit jours à l'hôpital des Cliniques, dans le service de Nélaton où il fut opéré une seconde fois, sans que la réunion pût être obtenue. Depuis cette époque, on n'a tenté aucune nouvelle opération. Aujourd'hui, le malade déterminé par le préjudice que lui cause la déformation et les troubles fonctionnels qui en résultent, vient réclamer nos soins.

7 *décembre.* — La solution de continuité de la lèvre supérieure est située à gauche de la ligne médiane et s'étend en hauteur, du bord libre de la lèvre à la narine gauche, avec la cavité de laquelle elle se continue. Transversalement elle mesure au niveau du bord adhérent de la lèvre 1 centimètre et demi, et au niveau du bord libre 3 centimètres. La lèvre externe de cette division se dirige très obliquement en bas et en dehors de l'insertion de l'aile gauche du nez au voisinage de la commissure labiale correspondante, laissant à découvert une partie de l'arcade alvéolaire supérieure et les dents qui s'y implantent. La lèvre interne est sinueuse; verticale dans sa portion la plus élevée, sur une étendue de 1 centimètre, elle se porte ensuite très obliquement en bas et en dehors, par suite de la rétraction de l'orbiculaire qui l'attire vers la commissure. Elle se confond en haut avec la sous-cloison; en arrière, elle adhère en partie à l'os intermaxillaire, de telle sorte que deux dents incisives, qui font saillie à ce niveau, semblent s'implanter sur le bord interne de la solution de continuité. De chaque côté de la divivion, entre ses bords et les sillons naso-labiaux, la lèvre supérieure n'est plus représentée que par deux sortes de bourgeons dont la face cutanée est recouverte de petites brides cicatricielles rayonnées, traces des précédentes opérations. La narine gauche se continue sans ligne de démarcation avec la division labiale. L'aile du nez correspon-

dante, attirée en dehors par la partie gauche de l'orbiculaire des lèvres, est aplatie, étalée transversalement au-devant de l'orifice à la manière d'un pont membraneux. En arrière, la fente labiale se continue avec une division complète de la voûte palatine et du voile du palais. La division palatine est située un peu à gauche de la ligne médiane, elle est limitée en dedans et d'avant en arrière, par le bord gauche des os intermaxillaires et le bord interne de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur droit. En dehors elle répond au bord interne de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur gauche. Ses dimensions transversales ne sont pas les mêmes dans toute son étendue ; sa plus grande largeur est située immédiatement en arrière de l'arcade dentaire, elle mesure en ce point 2 centimètres ; dans le reste de son étendue, elle n'a que 1 à 1 centimètre et demi. La division du voile du palais porte sur la ligne médiane. La luette est divisée en deux moitiés symétriques. Chaque moitié est rétractée sur les parties latérales du pharynx. Cette fente antéro-postérieure établit une communication facile entre la bouche et la cavité nasale gauche, communication qui permet de voir la voûte et l'arrière-cavité nasale quand le malade ouvre la bouche. Il résulte de ce vice de conformation, une difformité repoussante et des troubles fonctionnels graves. Pendant la mastication, le malade est obligé de masquer l'orifice naso-labial avec sa main pour éviter la chute des aliments. La déglutition est difficile, une partie du bol alimentaire refluant par les cavités nasales. En outre la phonation est presque impossible, le malade a de la peine à se faire comprendre ; il est obligé d'écrire certains mots.

7. — Chloroforme. Hémostasie préventive à l'aide de pinces placées sur la sous-cloison et l'aile gauche du nez, ainsi que sur la lèvre supérieure de chaque côté de la division. Des éponges montées sur de longues pinces sont introduites de chaque côté par le vestibule de la bouche jusqu'au niveau de l'isthme du gosier afin d'empêcher le sang de tomber vers le larynx. Nous arrachons les deux incisives mal dirigées qui s'opposeraient à la suture. Ces précautions prises, nous avivons largement les bords de la solution de continuité en ayant soin de conserver à la partie inférieure gauche le vestige du lobule médian de la lèvre supérieure. Une fois les surfaces avivées, il nous serait impossible à cause de la grande distance qui les sépare de les rapprocher pour les suturer ; d'autant plus que la partie adhérente des lèvres descend très bas sur leur face postérieure et que de nombreuses cicatrices existent de chaque côté. Pour combattre ces adhérences, nous détachons horizontalement la partie adhérente de chacune des lèvres à la surface du périoste à partir du bord de la division jusqu'à la fosse canine, et, comme cela ne suffit pas encore pour permettre d'affronter les deux moitiés opposées de la lèvre, nous

circonscrivons de chaque côté par une incision profonde dans toute l'épaisseur des parties molles, le pourtour des narines. Nous remontons même du côté gauche à 2 centimètres sur la branche montante. Nous détachons également les parties molles de la sous-cloison dans une hauteur de 1 centimètre. A l'aide de ces débridements nous parvenons à rapprocher les parties opposées de la lèvre suffisamment pour les suturer sans trop de difficulté avec des fils métalliques à anses séparées. Les difficultés résultent de l'écartement de la partie supérieure de la division ; pour lutter contre cet écartement, nous passons en dehors des narines deux longues aiguilles à tête de verre de notre modèle, qui transpercent également la sous-cloison et nous servent à appliquer deux forts points de suture entortillés provisoires. Ceci fait, nous plaçons les points de suture définitifs métalliques en commençant par les inférieurs de façon à assurer tout d'abord la régularité du bord inférieur de la lèvre et du lobule, puis nous continuons ainsi à appliquer les points de suture en allant de bas en haut sans trouver de difficulté. Arrivé à la partie supérieure, nous suturons la cloison et les narines devenues mobilisables ; grâce à notre procédé, en ayant soin de les rapprocher le plus possible de la ligne médiane, tout en laissant libres leurs ouvertures et en les empêchant de chevaucher d'une façon disgracieuse au-dessus des lèvres rapprochées. Nous retirons ensuite nos pinces sans avoir besoin de faire aucune ligature. Pansement alcoolisé phéniqué. Les suites de l'opération furent heureuses. Il n'y eut pas de réaction fébrile. Les fils furent enlevés le quatrième et le sixième jour, la réunion par première intention étant obtenue, sinon pour le petit lambeau destiné à représenter le lobule médian de la lèvre. Celui-ci se sphacéla le 14 décembre. La réunion fut maintenue pendant huit jours à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnée. Le malade sortit le 28 décembre. La plupart des troubles fonctionnels ont disparu, les autres sont moins accentués. Le malade est très heureux de l'opération. Néanmoins, nous lui conseillons de revenir dans quelques mois. Par suite du travail de cicatrisation, le nez a été légèrement entraîné à droite et nous nous proposons de détacher plus tard la sous-cloison.

Obs. CCLIX. — *Bec-de-lièvre double congénital, avec saillie de l'os incisif et division de la voûte palatine et du voile du palais.* — Ménétrier (Émilie), agée de vingt-huit jours, est apportée dans notre service le 8 juin 1878. Les parents ont déjà 5 enfants, tous bien portants et sans difformités. Celle-ci est atteinte d'un bec-de-lièvre congénital. La lèvre supérieure présente deux solutions de continuité, intéressant toute sa hauteur et s'ouvrant supérieurement dans les orifices antérieurs des narines. Les bords internes de ces fentes sont rectilignes, les bords externes sont attirés très obliquement en dehors. Les maxillaires su-

périeurs ont subi un arrêt de développement, ils ne sont pas soudés aux os incisifs; ceux-ci complètement isolés par leurs bords latéraux, ont basculé en avant et en haut. Leur face antérieure recouverte par le lobule médian de la lèvre, est devenue supérieure et horizontale. Le lobule cutané médian est soudé au lobule du nez. Le bord alvéolaire des os incisifs regarde en avant; il porte à son extrémité droite, une incisive bien développée et dirigée horizontalement; elle est apparue il y a 8 jours. Par suite de l'écartement des 2 maxillaires supérieurs la voûte palatine se continue en avant avec les fissures qui occupent les parties latérales des os incisifs; en arrière elle est prolongée par un écartement complet des deux moitiés du voile du palais. La bouche et les fosses nasales sont confondues. Quand la petite malade ouvre la bouche on aperçoit la voûte des fosses nasales et la portion basilaire du pharynx. La cloison du nez est complète et non atrophiée mais elle est déviée à gauche. La muqueuse qui la tapisse est très vasculaire. Le bord inférieur descend jusqu'au voisinage de la fente palatine, il est déjeté vers le bord gauche de la solution de continuité. L'enfant est petite et chétive. Il existe une difformité monstrueuse qui ne peut manquer de s'accroître si l'enfant est abandonnée à elle-même. Le vif désir de la famille nous détermine à faire immédiatement l'opération du bec-de-lièvre.

8 *juin* 1878. — Chloroforme. Hémostasie préventive en appliquant des pinces sur les ailes du nez et sur la lèvre supérieure en dehors des fissures. Nous réséquons alors avec de forts ciseaux la portion la plus saillante de l'os incisif, afin de reporter au-dessous de la sous-cloison la face postérieure avivée du lobule médian. Nous pratiquons ensuite l'avivement des tissus circonscrivant les deux solutions de continuité. Les surfaces avivées sont alors rapprochées à l'aide d'épingles sur lesquelles on jette une suture entortillée et de fils métalliques à anses séparées. L'épingle supérieure est placée dans le sillon naso-jugal en dehors de l'ouverture antérieure des narines; c'est une de nos fortes épingles à tête de verre, destinées à fournir un point d'appui solide pour empêcher l'écartement qui tend à se faire après la suture. Au-dessous nous plaçons des épingles à insectes et quatre fils métalliques. Les petits lambeaux adossés qui continuent le liséré muqueux sont un peu longs comme cela est d'ordinaire dans ce procédé. Pendant toute la durée de l'opération des aides ont pris soin de nettoyer la bouche avec de petites éponges montées, afin d'empêcher le sang de s'engager vers les voies aériennes. L'opération terminée, des fragments de plume d'oie sont introduits dans les narines afin de prévenir l'affaissement des ailes du nez et l'asphyxie. La portion des os incisifs reséqués contient trois incisions. Les soins consécutifs seront donnés à la campagne par le médecin de la famille. Nous avons appris depuis que la suture avait pleinement réussi.

Obs. CCLX. — *Bec-de-lièvre unilatéral gauche, congénital, avec fissure palatine et division du voile du palais. Opération du bec-de-lièvre.* — Montpuillaud (Clémence), âgée de six semaines, est une enfant faible et chétive atteinte du bec-de-lièvre unilatéral gauche. Pendant les dix premiers jours qui ont suivi la naissance, elle n'a pu prendre de nourriture. La division intéresse la lèvre supérieure à gauche de la ligne médiane sur toute sa hauteur, la voûte palatine et le voile du palais. Il résulte de cette difformité que les cavités nasale et buccale communiquent entre elles. L'écartement de la lèvre mesure trois centimètres; l'os incisif du côté gauche fait une légère saillie en avant, et reste distant de deux centimètres de la partie correspondante du maxillaire; sur la voûte palatine, la solution de continuité se réduit à une simple fissure, mais au niveau du voile du palais, l'écartement est complet. Le nez est épaté et les orifices antérieurs des narines sont très étroits. La respiration s'effectue difficilement, l'alimentation est insuffisante. Nous nous décidons à pratiquer l'avivement des bords de la solution de continuité de la lèvre.

4 août. — Hémostasie préventive avec deux pinces placées de chaque côté de la solution de continuité et sur la sous-cloison. Avivement des bords en taillant un petit lambeau destiné à représenter le tubercule médian. Suture à l'aide de quatre épingles. L'opération terminée nous prîmes soin d'introduire dans les narines deux fragments de sonde en caoutchouc, pour faciliter la respiration et éviter l'affaissement des narines. Malgré ces précautions, un quart d'heure plus tard, la dyspnée et l'asphyxie se produisaient et nous fûmes obligé de faire pendant 20 minutes la respiration artificielle ; il fallut même enlever la longue aiguille de Philips que nous avions passée à la base des narines et laisser les anses métalliques, seules, malgré le tiraillement très prononcé qui s'exerçait sur elles surtout au voisinage des narines et les accidents qui pouvaient résulter de cette tension des fils. Grâce à ces précautions, les résultats de l'opération furent heureux. Le quatrième jour, nous enlevâmes le fil supérieur et nous plaçâmes des bandelettes collodionnées ; ce fil en raison même de la tension qu'il avait exercée commençait à couper et à enflammer la lèvre. Les autres fils furent retirés le sixième jour. Réunion par première intention solide et complète dès le quatrième jour, malgré la saillie trop considérable de l'os incisif correspondant à la division.

Obs. CCLXI. — *Bec-de-lièvre congénital, avec fissure palatine et division avec écartement du voile du palais. Opération du bec-de-lièvre quatre jours après la naissance.* — Laborde (Georges), âgé de quatre jours est présenté à la clinique du 14 juillet 1877. Il est atteint d'un bec-de-lièvre unilatéral. Nez épaté ; la lèvre supérieure présente sur la ligne médiane, un écartement de 2 centimètres qui n'intéresse pas toute sa hauteur et s'arrête à un demi-centimètre de l'orifice antérieur des fosses nasales.

Il semble, à première vue, qu'il reste un petit pont séparant les narines de la cavité buccale, mais en réalité il existe une fissure entre le bord droit de l'os incisif et le maxillaire supérieur; cette fissure se continue sur toute la longueur de la voûte palatine, mais sans écartement. Division du voile du palais, sur la ligne médiane, avec écartement complet. Il résulte de cette difformité, que la succion est presque impossible et la nutrition insuffisante. Cette considération nous conduit à aviver et à suturer les bords de la solution de continuité des lèvres. Nous faisons l'opération d'après le procédé décrit dans l'observation précédente. Chloroforme ; hémostasie préventive à l'aide de trois pinces hémostatiques placées l'une sur la sous-cloison, les autres de chaque côté de la solution de continuité ; éponges montées sur de petites pinces maintenues dans la bouche par un aide. Avivement des bords de l'écartement, en taillant une encoche à la partie inférieure du bord externe et un petit lambeau à la partie inférieure du bord interne, pour reproduire le tubercule médian de la lèvre. Adossement des surfaces cruentées et application de quatre sutures à anses métalliques en commençant par la partie supérieure. La muqueuse est tellement friable au niveau du bord libre de la lèvre, qu'elle se déchire après l'application de la dernière suture; nous sommes donc obligé de réappliquer un nouveau fil en prenant les tissus d'un peu loin. Grâce aux pinces hémostatiques, l'opération a pu être faite sans une goutte de sang. Le petit malade est emporté chez lui; on le ramènera dans deux jours afin que nous puissions surveiller le travail de cicatrisation. D'ici là on appliquera sur la plaie, des compresses imbibées d'eau froide.

16 *juillet.* — Le malade va bien, mais le fil qui se trouve le plus rapproché du bord libre de la lèvre a encore déchiré les tissus, nous en replaçons un nouveau.

19. — Nous enlevons les trois fils supérieurs et nous les remplaçons par des bandelettes de tarlatane collodionnée. La cicatrisation est obtenue en grande partie, sinon près du bord libre de la lèvre où nous laissons un fil.

21. — On enlève le dernier fil, cicatrisation complète.

Obs. CCLXII. — *Bec-de-lièvre unilatéral avec fente palatine et écartement du voile du palais. Opération.* — Emile N., âgé de trois jours, est présenté à la clinique du 27 janvier 1877. Il est atteint d'un bec-de-lièvre congénital. La solution de continuité intéresse la lèvre dans toute sa hauteur, du côté gauche, la partie correspondante de la voûte palatine, et le voile du palais sur la ligne médiane. Il en résulte une difformité considérable, qui permet à travers l'intervalle de la lèvre divisée, de voir, dans les fosses nasales, et jusqu'au fond de la bouche, surtout au moment des cris. L'écartement des lèvres est de 3 centimètres. Celui du palais mesure la même étendue. L'enfant

est délicat ; il n'a pu prendre de nourriture même avec le biberon, depuis la naissance. Cette dernière raison nous détermine à l'opérer. Avivement des deux côtés de la solution de continuité en faisant une petite encoche sur la partie inférieure du bec-de-lièvre, du côté interne, et en conservant à la partie inférieure du côté externe un petit lambeau destiné à recouvrir l'encoche, de manière à former une saillie qui rappelle le tubercule médian de la lèvre supérieure. Ceci fait, en raison du grand écartement des bords du bec-de-lièvre et de l'aplatissement de la narine correspondante, nous traversons les deux sillons naso-labiaux et l'ouverture antérieure des fosses nasales avec une longue aiguille de Sims à tête de verre, analogue à celles dont nous nous servons pour la suture du ventre dans la gastrotomie. Cette aiguille nous sert à faire la suture entortillée, à faire disparaître l'aplatissement de l'aile gauche du nez et à maintenir en contact les bords avivés du bec-de-lièvre à leur partie supérieure. Nous suturons le reste, y compris le petit tubercule médian, avec trois points de suture à anse métallique, passés aussi près que possible de la muqueuse labiale. Le manuel opératoire a été rendu facile, par l'application de trois pinces hémostatiques dont deux placées sur la lèvre en dehors des bords qu'il s'agissait d'aviver, et l'autre sur la sous-cloison. L'avivement et la suture ont pu être faits aussi rapidement que sur le cadavre, sans avoir une goutte de sang. L'anesthésie chloroformique avait permis d'opérer l'enfant sans qu'il profère une plainte. Deux jours plus tard nous le revîmes, la réunion paraissait solide et l'état général satisfaisant. Nous eûmes soin d'appliquer un bandage unissant, fixé par le collodion, qui nous permit de retirer nos fils ainsi que l'aiguille. Nous eûmes soin également, pour empêcher l'asphyxie par l'oblitération presque complète des narines, produite par la suture entortillée faite sur la longue épingle, de maintenir l'ouverture des narines béante au moyen de deux morceaux de sonde en gomme élastique. En effet, bien que le petit malade pût respirer par la bouche, on comprend les dangers de l'obstruction des narines, surtout pendant la déglutition.

Obs. CCLXIII. — *Bec de lièvre unilatéral gauche, avec fissure palatine et écartement des deux moitiés du voile du palais.* — Élise. N., trois mois, est apportée dans notre service, le 27 octobre 1877. Enfant assez forte, atteinte d'un bec-de-lièvre congénital, avec fissure palatine. La division labiale porte sur toute la hauteur de la lèvre supérieure à gauche de la ligne médiane, et s'étend du bord libre jusqu'à la narine. Le bord interne de la solution de continuité est vertical, mais heureusement projeté en avant par la saillie de l'os incisif ; le bord externe est oblique en bas et en dehors.

L'os incisif gauche est séparé du maxillaire correspondant par un intervalle de un centimètre ; la division se continue sur la ligne mé-

diane de la voûte palatine en devenant d'autant plus étroite qu'elle est plus postérieure, au niveau du voile du palais elle ne mesure plus que 4 à 5 millimètres. La portion membraneuse du palais offre de même sur la ligne médiane un écartement complet, mais beaucoup plus marqué que sur la portion osseuse. Les deux moitiés sont rétractées en dehors sous forme de tubercules charnus. L'aile gauche du nez est aplatie et forme au-devant de l'orifice de la narine correspondante, une sorte de bride fortement tendue. De ce vice de conformation résulte : 1° que la cavité buccale communique largement avec la narine et la fosse nasale correspondante ; 2° que l'alimentation est très difficile. L'enfant ne peut prendre que le biberon, encore le lait reflue-t-il par l'orifice antérieur des narines.

27 *octobre*. — Chloroforme. Nous remédions à la solution de continuité labiale d'après notre procédé ordinaire. Une longue aiguille de Sims traversant transversalement les tissus au-dessous de la sous-cloison prévient l'écartement. Avivement large des deux bords de la solution de continuité et taille d'un petit lambeau, au niveau du bord libre de la lèvre, destiné à représenter le lobule médian. Trois points de suture métallique suffisent pour réunir les surfaces cruentées. Des bandelettes de tarlatane collodionnée rapprochent les tissus. Un fragment de sonde en caoutchouc, introduit dans la narine, en prévient l'affaissement et facilite la respiration. Pas d'accidents consécutifs. Les fils métalliques sont enlevés le cinquième jour et on applique en place des bandelettes de tarlatane collodionnée.

Le 3 novembre, la réunion n'étant pas suffisamment solide au niveau du bord libre de la lèvre, nous appliquons un nouveau point de suture. Le 10 novembre, cicatrisation complète.

Obs. CCLXIV. — *Adénome du bord libre de la lèvre inférieure. Ablation avec le bistouri.* — Delarue (Jules), trente-cinq ans, employé, entre le 13 octobre 1877. Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladies antérieures. Aucun accident vénérien. Il y a 17 ans, il vit apparaître sur le bord libre de la lèvre inférieure, à 1 centimètre à droite de la ligne médiane, une saillie d'un volume d'un grain de millet, de couleur jaunâtre, complètement indolente qui resta stationnaire jusqu'à l'an dernier ; à partir de cette époque, elle s'est développée rapidement sans déterminer d'autre gêne que sa difformité.

13 *octobre*. — Sur le bord libre de la lèvre inférieure, on trouve au-dessous de la muqueuse une tumeur du volume d'une aveline, lisse et régulièrement arrondie, distante à droite d'un demi-centimètre de la ligne médiane, à gauche de un centimètre et demi de la commissure. Le relief qu'elle forme est nettement circonscrit sur toute sa périphérie. Sa surface est recouverte par la muqueuse normale, mais distendue, amincie et parcourue par de petits vaisseaux dilatés. Le point le plus proéminent permet d'observer par trans-

parence une coloration blanc jaunâtre. Au pourtour de la tumeur la peau et la muqueuse semblent normales. Au toucher, consistance homogène, solide, non granuleuse, non fluctuante. La tumeur n'a pas la dureté des kystes fortement distendus ou de certains fibromes, mais une mollesse qui rappelle celle des lipomes. La muqueuse est étalée à sa surface, mais non adhérente ; la face profonde de la tumeur bien limitée est mobile sur le muscle orbiculaire sur lequel elle se moule sans y envoyer de prolongements apparents.

Aucune douleur spontanée ou à la pression ; l'état général est excellent Rien dans les ganglions.

L'évolution rapide de la tumeur et la difformité qu'elle cause, nous conduisent à en pratiquer l'ablation.

13 *octobre*. — Le malade n'est pas endormi. Un aide exerce la compression digitale au pourtour de la tumeur pendant que nous l'enlevons à l'aide du bistouri ainsi que la muqueuse qui la recouvre. De cette ablation résulte une petite perte de substance facile à combler en rapprochant les lèvres de la plaie à l'aide de deux fils métalliques et d'une bandelette de tarlatane collodionnée. Le pincement n'a pas été nécessaire, l'opération ayant donné peu de sang. Le malade retourne chez lui.

19. — On enlève les fils, réunion complète par première intention.

Examen histologique. Adénome des glandules labiales. — Cavité glandulaire très hypertrophiée renfermant du mucus qui englobe quelques cellules et des débris d'épithélium ; autour des cavités hypertrophiées on remarque du tissu conjonctif à différentes périodes d'évolution, avec tendance vers l'organisation.

Obs. CCLXV. — *Ulcération congénitale de la lèvre inférieure. Cautérisation au nitrate d'argent.* — C. B., trois mois, est atteint d'une ulcération congénitale de la lèvre inférieure qui s'étend de la ligne médiane à la commissure gauche et provoque le renversement de la lèvre en dehors et en bas. Sa coloration est violacée, comparable à celle des épithéliomas qui ont été le siège d'hémorragies interstitielles ou des angiômes ulcérés. Sa surface est en partie couverte de croûtes jaunâtres ; dans d'autres points, le fond est grisâtre et recouvert de bourgeons charnus. Il s'agit d'un nœvus dont le tissu érectile est en partie détruit par l'inflammation.

3 *mai*. — Nous cautérisons la surface ulcérée à l'aide de nitrate d'argent et nous conseillons à la mère de continuer en ville ce traitement.

Obs. CCLXVI. — *Cancroïde de la lèvre supérieure. Ablation avec le bistouri. Guérison.* — Mangin (Marie), soixante-quatorze ans, sans profession, entre le 14 février 1877, salle Sainte Marthe, 53. Réglée à dix-huit ans, menstruation toujours régulière, n'a pas eu d'enfant. Ménopause à quarante-huit ans. Elle eut à l'âge de douze ans un lupus de la face. Les ailes du nez sont déformées, le front, l'espace intersour-

cilier et les joues sont couturés de cicatrices blanchâtres. Il y a 4 mois, elle vit apparaître sur la lèvre supérieure, au-dessous de la narine droite, un petit bouton qui était le siège d'un prurit continu et l'obligeait à se gratter. La tumeur augmenta rapidement de volume, finit par s'ulcérer et donna lieu à un suintement roussâtre. Depuis ce moment, la malade ressent au niveau de la tumeur des élancements plutôt que de véritables douleurs.

14 *février*. — La tumeur a atteint le volume d'une grosse noix. Elle s'étend verticalement de la narine droite qu'elle obstrue au bord libre de la lèvre supérieure. Dans le sens transversal elle a dépassé la ligne médiane de un centimètre environ pour empiéter sur la partie gauche de la lèvre supérieure et s'étend de l'autre côté juqu'à un centimètre du sillon naso-labial. Elle forme, au-dessus des téguments, un relief de deux centimètres. Sa surface est ulcérée mais unie, elle ne présente ni saillies, ni anfractuosités. Sa couleur est est rouge foncé dans la plus grande partie de son étendue ; à la limite supérieure on remarque une mince croûte jaunâtre formée par de la sérosité concrétée, à la base de la tumeur on remarque un sillon peu profond qui la sépare très nettement des parties voisines. Les bords s'élèvent presque verticalement jusqu'au niveau de la surface libre de la tumeur. La consistance est dure, solide et rappelle celle du tissu fibreux. Les ganglions sont sains.

24 *février*. — Chloroforme. Hémostasie préventive au moyen de trois pinces hémostatiques appliquées l'une sur la cloison, les deux autres sur la lèvre supérieure de chaque côté de la tumeur. Incision circulaire au pourtour de la base. On enlève, avec la tumeur, toute la portion de la lèvre sur laquelle elle s'implante.

Les bords de la plaie sont rapprochés au moyen de 3 points de suture entortillés. Pansement alcoolisé. Les suites de l'opération furent des plus simples ; le quatrième jour après l'opération, les fils furent enlevés et remplacés par des bandelettes de tarlatane collodionnée. La cicatrisation marcha rapidement et la suppuration fut peu abondante, mais, par suite du travail de cicatrisation, l'orifice antérieur de la narine droite fut en partie obstrué.

14 *mars*. — La malade sort guérie.

Obs. CCLXVII. — *Cancroïde de la lèvre inférieure. Ablation.* — Peuchat (Nicolas), cinquante-sept ans, cultivateur, entre le 12 mai 1877, salle Sainte-Marthe, 27, pour une ulcération de la lèvre inférieure dont le début remonte à huit mois. Bonne santé antérieure, pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques. Il attribue son affection à l'habitude de fumer dans une pipe à tuyau court. Il remarqua d'abord une petite crevasse antéro-postérieure située à un centimètre de la commissure gauche de la lèvre inférieure. Cette fissure s'étendit en devenant le siège d'un prurit qui obligeait le malade à se gratter ; plu-

34


MANCHESTER MEDICAL

sieurs fois il détacha la croûte qui se formait à la surface et provoqua de petits écoulements de sang. La marche rapide de l'ulcération et l'aspect repoussant qu'elle donne à la physionomie amènent le malade à l'hôpital. Actuellement elle s'étend de la commissure gauche à un centimètre au delà de la ligne médiane, empiète légèrement sur ce tégument externe. Sa forme est celle d'un ovoïde à grand axe transversal. Les bords sont très irréguliers, presque rectilignes par places et de niveau avec le fond de l'ulcération ; ils sont, dans d'autres points, sinueux, saillants et comme taillés à pic. La surface est recouverte de croûtes jaunâtres, cireuses, transparentes à la périphérie. Le centre est au contraire excavé et semble evidé à l'emporte-pièce, sa coloration est d'un gris noirâtre. On y remarque quelques bourgeons charnus pâles et mollasses entre lesquels suinte un liquide ichoreux fétide. Par le toucher on sent que cette ulcération repose sur une base indurée peu épaisse. La lèvre inférieure est renversée en bas et en dehors. Rien dans les ganglions sous-maxillaires et sus-hyoïdiens. Nous sommes évidemment en présence d'un cancroïde et le seul traitement qui convienne en pareil cas est l'ablation faite aussi largement que possible. En agissant de la sorte, peut-être parviendrons-nous à éviter la récidive ; l'intégrité des ganglions lymphatiques nous permet de supposer que l'affection est encore localisée.

19 *mai* 1877. — Chloroforme. Hémostasie préventive au moyen de deux pinces hémostatiques placées de chaque côté de l'ulcération (l'un des mors répondant à la face cutanée, l'autre à la muqueuse) et dirigées de façon à ce que les extrémités libres convergent l'une vers l'autre en formant un angle à sommet inférieur. Par ce procédé toutes les parties molles sous-jacentes à la tumeur et situées latéralement se trouvent comprimées. Pas d'accidents durant l'opération. Guérison de la plaie en 15 jours.

Obs. CCLXVIII. — *Epulis du bord alvéolo-dentaire inférieur. Ablation par le bistouri. Guérison.* — Levasseur (Josephine), soixante-neuf ans, entre le 9 février 1877, salle Sainte-Marthe, 50. Pas d'antécédents. Cataracte opérée il y a huit ans, névralgie faciale à gauche. L'arcade dentaire inférieure est privée de dents depuis quinze ans, la malade porte un ratelier. Il y a quatre mois, elle vit apparaître dans le sillon gingivo-labial inférieur, au niveau de la première petite molaire droite, un bouton qui s'est développé peu à peu, sans provoquer de douleurs.

9 *février*. — La tumeur a atteint le volume d'une noisette, elle est sessile, végétante, lobulée. La muqueuse qui la recouvre est d'un rouge foncé uniforme, elle a conservé son intégrité. Consistance plus ferme que celle des bourgeons charnus, mais n'atteignant pas la résistance du tissu fibreux. La tumeur adhère intimement au tissu

gingival, mais est elle libre et mobile, des côtés de la muqueuse labiale. Indolence complète, mais gêne de la parole et de la mastication.

Rien dans les ganglions.

17 *février.* — Incision circulaire à la base de la tumeur, qui est enlevée. Deux pinces hémostatiques sont appliquées sur les vaisseaux divisés. Lavages à l'eau alcoolisée.

La cicatrisation marche rapidement et la malade va se soigner chez elle, le 23 février.

Obs. CCLXIX. — *Epulis du bord alvéolaire externe de la première grosse molaire gauche inférieure. Ablation avec le bistouri.* — Sabatier (Eugène), quatorze ans sans profession, se présente à la clinique du 4 août 1877. Bonne santé habituelle, pas d'hérédité. Il y a un an, il a remarqué sur le liseré gingival externe de la première grosse molaire inférieure gauche un petit bouton, rosé, dur et complètement indolent. Il s'est développé lentement en changeant graduellement de coloration et a fini par prendre une teinte violacée. Son volume croissant est devenu une cause de gêne dans les mouvements de mastication et pour l'articulation de certaines consonnes.

4 août. — La première et la deuxième grosses molaires inférieures gauches sont complètement masquées par la tumeur qui recouvre en même temps la face externe de la gencive à la manière d'un champignon et repousse légèrement la joue en dehors. La muqueuse qui recouvre cette production est lisse, unie, sans bosselures, et a conservé son intégrité, mais sa coloration lie-de-vin tranche sur celle des parties voisines. On voit ramper dans son épaisseur des vaisseaux de nouvelle formation. Au toucher la tumeur est dure, de consistance fibreuse, et ne présente aucun point ramolli ou fluctuant. La tumeur est sessile et il serait assez difficile de dire actuellement en quel point exact elle a pris naissance, si les renseignements du malade n'étaient précis. (Avons-nous affaire à une tumeur maligne? sarcome fasciculé, ou épithélioma lobulé ? Nous hésitons à le croire, bien que la tumeur ait acquis rapidement un assez grand volume. Nous n'observons, en effet, ici ni la tendance aux hémorragies, ni le suintement sanguin ou ichoreux fétide, ni l'engorgement ganglionnaire qu'on remarque en pareil cas. D'autre part, il est rare de rencontrer ces variétés dans la jeunesse. C'est plutôt des tumeurs à myéloplaxes, qu'on observe à cet âge, et nous trouvons dans la coloration lie-de-vin un signe caractéristique de ces productions. Quoi qu'il en soit, nous devons nous hâter de faire l'ablation le plus largement possible, afin d'éviter la récidive sur place.

4 *août* 1877. — Incision elliptique avec le bistouri et dissection de la face profonde de la tumeur. La première grosse molaire est ensuite arrachée, et nous ruginons l'alvéole et la base d'implantation de la

production morbide. Le malade n'a pas été endormi. Après l'opération, compression faite par le malade à l'aide d'une éponge placée sur la surface ruginée et serrée entre les mâchoires. Elle retourne chez elle.

Obs. CCLXX. — *Tumeur à myéloplaxes développée sur le liseré gingival de la canine supérieure gauche. Ablation avec le bistouri. Guérison.* — Madame Charbonnel, quarante-deux ans, se présente dans nos salles le 23 juin 1877. Depuis six mois elle a vu se développer sur le liseré gingival de la canine supérieure gauche, une petite tumeur dure indolente à marche progressive, qui produit une sensation de corps étranger.

Cette tumeur du volume d'un gros pois recouvre en partie la gencive, en partie le collet et la couronne de la canine qui n'est ni cariée ni ébranlée. Toutes les dents voisines sont saines ; la muqueuse qui recouvre cette petite production est lisse, unie, normale et n'a pas subi de changements de coloration appréciables. Au toucher, consistance fibreuse : la tumeur semble s'implanter superficiellement sur le bord libre de l'alvéole.

23 *juin*. — La malade n'est pas endormie. Nous circonscrivons la base de la tumeur par une incision circulaire faite à l'aide du bistouri ; nous ruginons ensuite la surface d'implantation afin de détruire autant que possible toutes les adhérences osseuses. Compression à l'aide d'une éponge, pendant quelques minutes. La malade retourne chez elle, et reviendra nous voir de temps à autre.

Examen histologique. — Tumeur à myéloplaxes. Ces myéloplaxes sont très serrés ; en dehors de la zone des myéloplaxes on trouve du tissu conjonctif jeune et du tissu muqueux, formé de cellules étoilées anastomosées par leurs prolongements. Substance intermédiaire amorphe.

Obs. CCLXXI. — *Epulis fibreuse de la fibro-muqueuse alvéolaire supérieure. Ablation. Guérison.* — Navarre (Rose), quarante-sept ans, couturière, se présente à la clinique du 9 mars 1878. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, vénériens ou tuberculeux. Bonne santé habituelle. Il y a six ans, elle remarqua sur la face antérieure de l'arcade dentaire supérieure au niveau de l'incision médiane droite supérieure une tumeur du volume d'un grain de millet, dure, solide, complètement indolente. Cette tumeur s'est développée lentement, sans jamais déterminer ni gêne, ni douleur. Il y a huit jours, un petit abcès s'est ouvert spontanément sur la face postérieure de l'arcade dentaire en un point qui correspond exactement à la production morbide. Il s'est écoulé quelques gouttes de pus, mélangé de sang. L'abcès s'est fermé deux jours plus tard.

9 *mars*. — La tumeur a le volume d'un haricot, elle occupe l'espace compris entre le sillon gingivo-labial supérieur et le bord

alvéolaire de la fibro-muqueuse dont elle reste distante de un demi-centimètre, sa forme est celle d'un petit ovoïde à grand axe et à grosse extrémité inférieure. Sa surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La muqueuse qui la recouvre présente une teinte plus pâle que celle qui tapisse les parties voisines, elle paraît exsangue et ne laisse voir aucune trace d'inflammation. Au toucher la tumeur est dure, solide, résistante, de consistance fibroïde, incompressible et irréductible. On ne sent ni battements artériels, ni mouvements d'expansion et d'affaissement. La tumeur paraît développée dans l'épaisseur de la fibro-muqueuse et adhère intimement à l'os sous-jacent.

L'incisive médiane droite paraît saine, la pression exercée sur sa couronne ne détermine aucune espèce de douleur; elle n'est pas malade dans son alvéole. Les dents voisines paraissent de même en bon état. La muqueuse qui tapisse la face postérieure de l'arcade dentaire ne présente pas de trace de l'abcès qui s'est ouvert dernièrement en ce point. Nous portons le diagnostic : *Epulis fibreuse.*

9 *mars.* — La malade n'est pas endormie ; à l'aide du bistouri nous circonscrivons la base de la tumeur par une incision profonde, qui intéresse toute l'épaisseur de la fibro-muqueuse jusqu'à l'os. Nous décollons ensuite la tumeur par sa face profonde. L'os sous-jacent paraît sain, néanmoins nous l'évidons superficiellement dans le point qui répond à la base d'implantation de la tumeur. Légère hémorragie arrêtée par compression. Pas d'accidents consécutifs Cicatrisation complète en huit jours.

2° *Voûte palatine.*

Obs. CCLXXII. — *Carie partielle de l'apophyse palatine et de l'arcade dentaire du maxillaire supérieur droit due au développement d'une canine de seconde dentition dans l'épaisseur du tissu osseux. Décollement de la muqueuse; avulsion de la dent. Périostite fongueuse, puis dégénérescence papillaire de tout le maxillaire. Résection de cet os. Guérison.* — Foinçon (Constance), onze ans, se présente à la clinique le 23 février 1877. Depuis un an, elle est atteinte d'un gonflement inflammatoire très douloureux de la région alvéolo-palatine droite. Ce gonflement occupe le côté droit de la ligne médiane, correspondant aux incisives, à la canine, et aux deux petites molaires; du côté du palais, il occupe transversalement le même diamètre et s'arrête en arrière à l'union de la portion osseuse avec la portion membraneuse. Il est constitué manifestement par la fibro-muqueuse tuméfiée, enflammée, soulevée et décollée par du pus qui s'est fait jour à travers son épaisseur, sur plusieurs points. L'aspect est analogue à celui qu'elle présente, lorsqu'elle est décollée par une inflammation circon-

scrite due à une nécrose du maxillaire. Il s'agit donc de rechercher si réellement il y a ou non, altération de l'os sous-jacent; mais la malade, très irritable, consent à peine à ouvrir la bouche et refuse absolument toute exploration à l'aide de la sonde cannelée ou du stylet.

En raison de l'âge de la malade, il importe de déterminer, au cas où l'os serait enflammé, carié, ou nécrosé, quelle peut en être la cause. Rien dans l'hérédité, les antécédents et l'examen des autres organes, n'autorise à admettre qu'il s'agit uniquement de scrofule ou de tuberculose. Nous sommes donc conduit à supposer qu'il s'agit plutôt d'un travail morbide provenant de la dentition. Le maxillaire supérieur gauche porte les dents de la seconde dentition qui sont saines. Il n'en est pas de même pour le maxillaire droit. De ce côté, la première incisive manque, au dire de la malade elle aurait été arrachée; la seconde incisive est saine et paraît être de première dentition; la canine est également saine et bien développée, de première dentition ; la première molaire, jaunâtre, petite, paraît être de première dentition. Il s'agit de déterminer si l'incisive tombée, dont l'alvéole est encore béante, est de première dentition, ou si, comme la mère l'affirme, elle est de seconde. Pour éclairer tous ces points, il est indispensable de chloroformer l'enfant. Quand elle est endormie, nous reconnaissons que la cavité alvéolaire est vide, que le fond de l'alvéole est enflammé et ne présente rien de spécial. A l'aide des doigts, nous reconnaissons aussi que toutes les dents voisines, jusqu'à la seconde molaire inclusivement, sont mobiles dans leurs alvéoles. Par le stylet, nous reconnaissons que la portion du corps du maxillaire, voisine de l'épine nasale antérieure et de la ligne médiane du palais, est cariée et même nécrosée par place.

Il s'agit donc, d'une part, d'extraire ces portions cariées et nécrosées; d'autre part, de rechercher si cette altération est due à la sortie difficile ou vicieuse d'une dent de seconde dentition. Dans ce but, nous faisons, en dehors de l'épine nasale, sur le côté droit de la ligne médiane, une incision comprenant toute l'épaisseur de la fibro-muqueuse; une autre incision partant également de l'épine nasale est dirigée transversalement en arrière des alvéoles malades. A l'aide de cette double incision, nous pouvons, en décollant doucement la fibro-muqueuse avec une rugine, juger de l'étendue des désordres. Nous reconnaissons qu'il y a de petits séquestres mobiles, provenant d'une carie déjà ancienne; nous en faisons l'extraction, et en retirant au niveau de l'épine nasale antérieure quelques portions de tissu osseux, dans lesquels la carie est plus accusée que sur les autres points, nous reconnaissons, au-dessous de la pituitaire, la couronne d'une dent canine qui est couchée obliquement et presque

horizontalement. Nous dégageons cette couronne, et voyant que la racine s'étend vers la cloison des fosses nasales, nous n'hésitons pas à l'extraire, convaincu qu'elle est la cause première des désordres. Contrairement à notre attente, cette canine est d'un volume double de celui des autres dents et semblable à celles qu'on rencontre chez des adultes vigoureux. L'opération put être faite sans beaucoup de sang; quelques éponges montées introduites dans la bouche prévinrent la chute du liquide, vers le larynx. Après quelques jours de repos à l'hôpital, la malade retourne chez elle, pour se faire soigner en ville.

Nous la revoyons le 10 novembre, elle n'est pas guérie. L'os incisif du côté droit a été complètement éliminé sous forme de séquestre, il en résulte une perte de substance, en partie comblée par des bourgeons charnus. Les deux incisives et la canine de ce côté sont tombées, la première petite molaire est déjetée en dehors et en arrière. La fibro-muqueuse qui revêt la perte de substance est recouverte d'un grand nombre de bourgeons charnus mollasses et saignants qui se portent dans toutes les directions et rappellent par leur aspect certains lupus scrofuleux. Pas de suppuration spéciale du côté de la narine droite, la muqueuse tuméfiée et enflammée se soulève et obstrue en partie l'orifice antérieur de cette cavité. Nous ordonnons : traitement interne, huile de foie de morue, sirop d'iodure de potassium, toniques. L'examen minutieux des différents organes ne nous révèle rien qui nous autorise à croire à un accident tuberculeux. D'autre part, il n'y a pas de raisons de soupçonner dans cette affection à marche lente et chez un aussi jeune sujet une dégénérescence épithéliale. Nous sommes donc conduit à rattacher cette manifestation à la scrofule.

Rentre le 9 février 1878, salle sainte-Marthe, 44. Aujourd'hui le mal a complètement changé d'aspect, ce n'est plus seulement la voûte palatine qui est déformée, c'est la face et plus spécialement les régions nasales et géniennes. Les téguments du nez soulevés dans toute leur partie latérale, distendus, présentent cette déformation spéciale que l'on rencontre dans les polypes de mauvaise nature, quand ils remplissent à l'excès ces cavités nasales. Les sillons naso-jugaux eux-mêmes ont disparu ; le gauche fait place à une saillie diffuse étalée, qui s'étend jusqu'au milieu de la joue gauche et qui démontre l'existence d'une tumeur sous-musculaire, déjà volumineuse, formant un relief de deux centimètres au centre. La déformation est comparativement peu accentuée au côté droit. — Par les narines qui sont plutôt rétrécies qu'élargies, bien que les téguments qui les entourent soient distendus, on voit des saillies polypeuses, qui descendent, à gauche, jusqu'à l'orifice inférieur, à droite jusqu'à l'orifice supérieur ; l'arcade alvéolaire supérieure

est complètement déformée. La portion qui correspond aux incisives et aux canines est détruite et remplacée par une excavation que les molaires restantes accentuent. Cette excavation se creuse de plus en plus en se rapprochant de l'épine nasale antérieure. On aperçoit au fond de cette cavité la fibro-muqueuse tuméfiée, rosée, un peu plus foncée qu'à l'état normal, sans être violacée, hérissée par place de petites végétations, longue de un à cinq millimètres, rappelant assez bien celles que l'on rencontre si fréquemment sur le gland et le prépuce, à part qu'elles sont moins régulières. Entre les grosses molaires qui seules existent, au nombre de deux à gauche et trois à droite, la fibro-muqueuse reprend les caractères d'une gencive saine, bien qu'elle soit épaisse et qu'elle entoure presque complètement leur couronne. Au niveau de la voûte, la fibro-muqueuse a pris les mêmes caractères jusqu'au milieu du voile, où elle a tout à fait ses caractères normaux. Le sillon vestibulaire ne présente pas de déformations.

Au toucher on ne sent rien de particulier du côté de la bouche, excepté au niveau des fosses canines ; en ce point, surtout à gauche, on sent que le périoste est soulevé par une production étalée, dépourvue de bosselures, épaisse par place d'un demi-centimètre à un centimètre, de consistance fibreuse, non douloureuse à la pression et qui se perd insensiblement vers les arcades alvéolaires et vers la racine des os malaires ainsi que dans la direction des branches montantes des maxillaires supérieurs et des os propres du nez. La muqueuse intrabuccale, épaissie, conserve sa consistance normale. La consistance des polypes nasaux est mollasse et rappelle celle des polypes muqueux. Comme ils remplissent les cavités, au moyen d'une sonde métallique, nous reconnaissons qu'ils prennent naissance au niveau du périoste de la voûte palatine, des branches montantes et de la sous-cloison qu'ils dédoublent dans sa partie muqueuse et que c'est à toute la muqueuse pituitaire refoulée et distendue que s'étend la substance morbide. Les os du nez soulevés, sont légèrement malades. A la vue et au toucher on reconnaît que la tumeur ne remplit pas l'arrière-cavité des fosses nasales. Rien dans les ganglions parotidiens sous-maxillaires. La petite malade ne peut respirer que la bouche ouverte. La mastication est impossible, la déglutition difficile, la voix est nasonnée. Malgré l'étendue et la gravité des désordres les troubles fonctionnels sont tellement avancés que nous ne pouvons refuser aux parents l'opération qu'ils demandent.

9 *février*. — Chloroforme. Après avoir appliqué des pinces hémostatiques sur la lèvre supérieure de chaque côté de la ligne médiane et avoir introduit à la partie la plus profonde du vestibule des éponges montées, nous faisons à sec la section des parties molles, à travers le lobule de la lèvre supérieure et la fossette médiane

jusqu'à la sous-cloison et nous remontons, suivant la même ligne, jusqu'à la racine du nez en mettant à mesure des pinces hémostatiques de chaque côté. Nous voyons alors que la cloison est complètement dédoublée par un tissu morbide né de la voûte palatine et qui nous oblige à la reséquer. Avant d'aller plus loin, nous détachons les parties molles du nez et des joues, en dehors du périoste, jusqu'aux tubérosités maxillaires de chaque côté. Nous voyons que les fosses canines et toute la face antérieure des os maxillaires sont envahies par un tissu morbide de mauvais aspect. Avec le bistouri et les pinces de Liston, nous coupons transversalement les os du nez à leur racine et, après avoir enlevé les dernières molaires, nous coupons obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, à travers la grosse tubérosité et le sinus. Nous coupons ensuite transversalement le voile du palais vers son milieu, en allant rejoindre les émissions faites derrière les grosses tubérosités maxillaires. Nous coupons ensuite d'avant en arrière près de la ligne médiane la voûte palatine. Ceci fait, avec de forts daviers nous ébranlons et nous enlevons les deux maxillaires, moins le plancher de l'orbite, l'insertion malaire et une très petite portion de la face postérieure de chacun des sinus maxillaires. Nous arrachons aussi les cornets et, avec des rugines, nous enlevons la fibro-muqueuse qui tapisse la face supérieure des fosses nasales, le reste du sinus maxillaire et le plancher de l'orbite ; sur quelques points, plus spécialement au niveau de la paupière inférieure gauche, le tissu morbide avait débordé le périoste et commençait à se propager au voisinage. Nous enlevons par dissection les parties suspectes, de même que quelques prolongements, qui s'étendent vers les parties restantes du voile du palais. Grâce à des pinces hémostatiques appliquées sur ce dernier et sur les parties molles saignantes de la joue, grâce à des éponges maintenues par des aides sur les surfaces saignantes, grâce aux autres éponges montées sur des pinces et appliquées sur les côtés de la base de la langue près de l'épiglotte, cette opération a pu être faite rapidement, sans perte de sang, et surtout, sans que ce liquide soit tombé dans les fosses nasales.

Au moment où nous avons fait passer la pince de Liston entre les deux grosses molaires supérieures, nous avons été arrêté par une grosse molaire, placée au-dessus d'elles, qui n'avait pu sortir encore, emprisonnée, et derrière l'épine nasale postérieure, sur la ligne médiane, nous avons trouvé une grosse molaire de première dentition. L'opération terminée, nous laissons en contact avec les surfaces osseuses, dénudées ou reséquées des éponges qui exercent la compression, nous rapprochons ensuite sur la ligne médiane les parties latérales du nez et les deux moitiés de la lèvre supérieure divisée, et nous les suturons à l'aide de douze fils métalliques ; six pinces

hémostatiques, sortant par la bouche et les narines, sont laissées en place pendant vingt-quatre heures.

10. — T M = 38°. S = 39°. P = 115. Malade abattue. Œdème des joues et des paupières. On enlève les pinces et les éponges. Pas d'hémorragies.

11. — T M = 37°, 6. S = 38°, 4. P = 100. Lavages avec l'eau vineuse. L'œdème a diminué. On nourrit la malade avec du bouillon et du lait que l'on porte jusqu'à l'isthme du gosier à l'aide d'un vase à long goulot.

12. — T M = 37°, 8. S = 38°, 8. P = 102. Même état.

13. — T M = 38°, S = 38°, 8. P = 112. L'œdème a presque totalement disparu. On enlève cinq fils.

14. — T M = 37°, 4. S = 38°. P = 100. On enlève le restant des fils que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnée. Les lèvres de l'incision superficielle sont réunies par première intention dans toute leur étendue.

15. — T M = 37°, 4. S = 37°, 8. P = 96. On fait plusieurs fois par jour des injections avec l'eau vineuse, suppuration modérée. La malade mange avec appétit. Alimentation liquide.

16. — T M. = 37°. S = 37°, 6. P = 94. État général et local très satisfaisant.

20. — Les surfaces reséquées sont recouvertes de bourgeons charnus.

4 *mars*. — La malade se lève dans la salle.

6. — Elle quitte le service.

28. — Nous revoyons la malade ; d'après nos conseils elle s'est fait appliquer un palais artificiel, elle mange facilement ; la voix est intelligible mais un peu nasonnée. La guérison paraît complète.

30 *décembre* 1878. — Nous revoyons la petite malade : depuis quelques jours la joue gauche se tuméfie d'une façon intermittente. Il existe de côté, au niveau de la région molaire, un point légèrement induré. — Nous conseillons à la malade de nous venir voir de temps à autre et régulièrement. Ces troubles légers sont dus à la compression exercée par l'appareil prothétique.

Obs. CCLXXIII. — *Épithélioma de la voûte palatine et de l'arcade alvéolaire supérieure. Résection de la mâchoire supérieure. Guérison.* — Guillin (Magloire), cinquante-huit ans, tisseur, entre le 14 janvier 1878, salle Sainte-Marthe, 26. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, vénériens ou tuberculeux. Jamais de maladies graves. Le malade fume ordinairement la pipe à tuyau court. Il y a dix-huit mois il sentit à l'union du bord gauche de la voûte palatine et de l'arcade alvéolaire correspondant au niveau de la première petite molaire une plaque dure, cornée, donnant au toucher soit avec le doigt, soit avec la pointe de la langue, la sensation de corps

étranger. Cette production étant complètement indolente, le malade n'y fit d'abord aucune attention, mais elle fit bientôt des progrès, s'étendit en surface et en épaisseur, devint plus saillante et finit par s'ulcérer il y a six mois. A cette époque le malade éprouva de violentes odontalgies, les dents se déchaussèrent, s'ébranlèrent dans leurs alvéoles et finirent par tomber. En même temps l'ulcération envahit les parties voisines, devint le siège de douleurs lancinantes et donna lieu à des hémorragies peu abondantes, mais souvent répétées, ainsi qu'à un écoulement séro-purulent, fétide, continu. L'aggravation progressive de ces divers accidents détermine le malade à entrer à l'hôpital.

4 *janvier*. — L'ulcération s'étend dans le sens antéro-postérieur de la canine supérieure gauche à la partie la plus élevée du pilier antérieur correspondant du voile du palais. Son bord interne n'atteint pas la ligne médiane du palais, en dehors, au contraire, elle envahit l'arcade alvéolaire, le sillon gingivo-génien supérieur et la partie la plus élevée de la muqueuse de la joue. Toutes les molaires supérieures du côté gauche font défaut, leurs alvéoles sont comblées par de gros bourgeons charnus accolés les uns aux autres, formant un champignon de un centimètre et demi de hauteur qui prend l'empreinte des molaires inférieures gauches. Sur la palatine, l'ulcération au contraire n'intéresse que la couche superficielle de la muqueuse, sa surface est plane, unie, légèrement excavée et hérissée de saillies papilliformes dont les plus grosses ne dépassent pas le volume d'un grain de millet. Les bords sont irréguliers, sinueux, peu distincts du fond. Toute cette surface présente une teinte rouge foncée, elle est baignée par un liquide ichoreux caractéristique et par des détritus sanieux composés de pus et de sang. L'exploration des alvéoles dépourvues de dents, faite à l'aide du stylet, montre que le tissu osseux est envahi, mais ne conduit en aucun point dans le sinus maxillaire.

A l'extérieur du côté de la joue, il existe une tuméfaction inflammatoire, de consistance œdémateuse, au niveau de laquelle la peau présente une teinte plus foncée que dans les parties voisines. L'exploration des fosses nasales ne révèle rien de particulier; rien dans les ganglions cervicaux et sous-maxillaires. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains.

19 *janvier*. — Chloroforme. Le malade étant placé dans le décubitus dorsal, la tête légèrement soulevée avec des coussins, nous plaçons de chaque côté, au fond du vestibule de la bouche, des éponges montées sur de longues pinces, résection du maxillaire supérieur gauche suivant notre procédé habituel. Après avoir fait l'hémostasie préventive à l'aide de pinces appliquées sur la lèvre supérieure de chaque côté de la ligne médiane, sur la sous-cloison et

sur l'aile gauche du nez. Avec des ciseaux nous divisons la lèvre supérieure sur la ligne médiane depuis son bord libre jusqu'à la sous-cloison. A l'aide du bistouri nous faisons ensuite une incision qui intéresse toute l'épaisseur des parties molles jusqu'aux os et qui, après avoir divisé le bord adhérent de la lèvre supérieure à gauche de la ligne médiane, contourne l'aile gauche du nez, remonte dans le sillon naso-jugal et se porte en dehors jusqu'à l'extrémité externe du sillon orbito-palpébral inférieur. Ceci fait nous disséquons toutes les parties molles de la joue par leur face profonde afin de mettre à nu la face externe du maxillaire supérieur.

A l'aide de fortes pinces, nous coupons d'avant en arrière la voûte palatine sur la ligne médiane c'est-à-dire au delà des parties malades. Nous coupons de même la branche montante du maxillaire supérieur au-dessous du rebord orbitaire inférieur. Après avoir détaché transversalement avec le bistouri la partie gauche du voile du palais. Nous luxons le maxillaire supérieur à l'aide d'un fort davier. La masse principale de la tumeur étant ainsi enlevée, nous réséquons de même la partie de la muqueuse de la joue qui nous paraît suspecte. Les difficultés de l'opération ont été dues principalement à l'extrême vascularité de la tumeur et, sans le secours des pinces hémostatiques, il nous eût été difficile de terminer l'opération avec succès ; vingt pinces ont été appliquées temporairement pendant l'opération, huit sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. L'opération terminée, nous suturons, remettons en place les parties molles de la joue et nous les suturons à l'aide de douze fils métalliques.

Pansement avec des compresses de tarlatane imbibées d'eau alcoolisée et phéniquée.

20. — T M = 38. S = 38°6. P = 98. On enlève les pinces, pas d'hémorragies. Injections avec l'eau tiède légèrement alcoolisée. Alimentation liquide, bouillon, lait, vin de Banyuls à l'aide d'un biberon.

21. — T M = 38°,2. S = 38°,8. P = 98. Œdème de la joue et des paupières gauches. Applications de compresses imbibées d'eau fraîche à l'extérieur. Injections alcoolisées dans la bouche.

22. — T M = 37°6. S = 38°. P = 96. Suppuration modérée. Le malade souffre peu. L'œdème n'a pas augmenté.

23. — T M = 37°,8. S. = 38°. P. = 92. On enlève les fils, réunion par première intention. On maintient les lèvres de la plaie rapprochées à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnée.

24. — Température et pouls normaux ; suppuration très modérée du côté de la bouche. Toutes les surfaces réséquées sont couvertes de bourgeons charnus de bonne nature.

28. — L'œdème a complètement disparu, le malade se lève. Appétit normal. Sommeil calme.

4 février. — Le malade sort guéri.

Obs. CCLXXII. — *Epithélioma du palais, perforation des os. Invasion du sinus maxillaire. Ablation de la tumeur, résection de la voûte palatine, rugination de la portion restante du sinus maxillaire. Guérison.* — Oudot (Isidore), quarante-deux ans, chauffeur, entre le 15 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 1. Bonne constitution, ni scrofule, ni tuberculose ; pas d'accidents vénériens. Il fume 40 grammes de tabac par jour. Il y a trois mois, il s'aperçut que la fumée de sa pipe occasionnait un picotement douloureux vers la ligne médiane du palais ; et que la pression des aliments sur le même point déterminait de la douleur. Il remarqua alors à 3 centimètres en arrière de l'arcade dentaire supérieure, très près de la ligne médiane, un petit bouton blanchâtre, dur, non ulcéré. Au bout de six semaines la présence d'une petite ulcération le détermina à consulter un pharmacien, qui cautérisa au nitrate d'argent. Depuis ce moment l'ulcération évolua rapidement. Aujourd'hui elle a envahi toute la moitié gauche du palais. Ses limites sont en dedans la ligne médiane, en dehors et en avant l'arcade dentaire, en arrière le bord antérieur du voile du palais. Le fond est parsemé de fongosités irrégulières rougeâtres et de dépressions grisâtres recouvertes d'un liquide ichoreux, les bords sont fongueux, saillants, inégaux, peu indurés. Immédiatement en arrière de la première petite molaire gauche on remarque une dépression infundibuliforme plus foncée qui répond aux os ; au centre de celle-ci on trouve l'orifice d'un trajet fistuleux qui conduit le stylet obliquement en haut, en dehors et en arrière, vers le sinus maxillaire ; mais après s'être enfoncé de trois centimètres, l'instrument est arrêté par un obstacle membraneux. Au toucher la consistance des os est ferme, même au voisinage de la fistule ; ils sont en plusieurs points dénudés et visqueux. Indolence, mais sensibilité à la pression. Les parties voisines sont saines. Pas de ganglions envahis.

20 *janvier*. — Chloroforme. Dans un premier temps, nous incisons la lèvre sur la ligne médiane, après avoir placé de chaque côté, ainsi que sur la sous-cloison des pinces hémostatiques : Nous détachons ensuite la lèvre, au-dessous de la narine, de façon à passer une forte pince de Liston par la bouche et les fosses nasales. D'un seul coup, nous sectionnons la portion osseuse du palais jusqu'à la limite intérieure de l'ulcération, puis nous plaçons nos pinces transversalement à ce niveau, et nous faisons une section transversale, jusqu'à la grosse tubérosité du maxillaire. La cloison nasale est également sectionnée, dans sa partie inférieure, de telle sorte que la portion osseuse du palais, détachée du voile, par l'incision transversale et du maxillaire supérieur du côté opposé par l'incision antéro-postérieure, devient mobile et peut être extraite avec un fort davier.

Arrivé au moment de l'opération où le sang tombe dans la bouche, nous plaçons des éponges montées dans le vestibule, afin de l'empêcher de tomber dans le larynx. Nous laissons le malade se réveiller assez, pour qu'il puisse rejeter par la toux le sang qui passe malgré ces précautions ; de ce côté, nous reconnaissons que la lésion s'est étendue au sinus maxillaire ; nous enlevons la paroi interne de cette cavité qui contient des fongosités épithéliales, et nous ruginons toute sa surface interne. L'opération terminée, nous plaçons une grosse éponge sur les surfaces osseuses saignantes. Le malade fait lui-même la compression, en maintenant avec la mâchoire inférieure, l'éponge appliquée sur la plaie. Les bords de la lèvre supérieure sont réunis par deux points de suture métallique. Au bout d'une heure, les éponges à compression sont enlevées, pas d'hémorragie.

21. — T = 37°,4. P = 98. Bouillons, potages.

22. — T = 37°,2. P = 96. Appétit, sommeil, alimentation liquide.

Le quatrième jour, on enleva les fils pour les remplacer par des bandelettes collodionnées. Lavage et injections alcoolisées. Réunion par première intention. Suites des plus simples, pas d'accidents. Le malade sortit guéri trois semaines après l'opération. Nous le revîmes à la fin de février, il était atteint d'adénite sous-maxillaire aiguë suppurée du côté gauche. On fit la ponction de l'abcès, la contre-ouverture et l'on passa un drain. Nous avons craint, un instant, qu'il n'y eût là un signe d'infection cancéreuse des ganglions. Mais tous les accidents disparurent rapidement et, le 9 mars, la guérison était complète. *Diagnostic histologique.* — Epithélioma.

Obs. CCLXXV. — *Epithélioma de la fibro-muqueuse et de la voûte palatine ayant envahi le sinus maxillaire et une portion de la cloison nasale. Résection et rugination des os. Guérison.* — Doublet (Arsène), quarante-trois ans, cordonnier, entre le 6 août 1877, salle Saint-Augustin, 80.

Ni scrofule, ni syphilis. N'a jamais fait de maladies graves, il habite Paris depuis quatorze ans ; trois enfants dont le plus jeune a douze ans. Fumeur de pipe à tuyau court. Il y a douze ans, il eut un abcès de la région palatine, à droite de la ligne médiane, immédiatement en arrière de l'arcade dentaire supérieure. L'orifice de l'abcès au lieu de cicatriser donna naissance à des fongosités qui envahirent progressivement les régions voisines. Les deux petites molaires droites supérieures tombèrent plus tard, d'elles-mêmes. En avril dernier, le malade vint dans nos salles, et nous portâmes à cette époque le diagnostic : épithélioma de la voûte palatine. Sur notre proposition de faire une opération, le malade quitta le service ; mais l'ulcération s'étendant continuellement et des fragments d'os s'étant détachés, il demande bientôt à rentrer à l'hôpital.

6 *août.* — *État actuel.* — Le mal a fait de rapides progrès. La tête étant

renversée et la bouche ouverte, nous constatons sur la moitié droite de la voûte palatine, une ulcération, limitée en dedans par la ligne médiane qu'elle ne dépasse pas, en arrière par l'insertion de la portion membraneuse du palais sur la portion osseuse, en dehors et en avant par l'arcade dentaire. Les bords sont serpigineux, renversés, saignants ; en avant, ils se confondent avec le bord postérieur des alvéoles. Le fond est rougeâtre, excavé, recouvert de fongosités molles, saignant au moindre contact et laissant suinter un liquide ichoreux, caractéristique. Les deux petites molaires droites font défaut, la canine et les deux grosses molaires droites sont mobiles dans leurs alvéoles. Au toucher, on sent que la moitié droite de la voûte osseuse du palais est ramollie et envahie par les fongosités ; à un centimètre en arrière de la première grosse molaire, existe un orifice fistuleux, qui conduit le stylet à une profondeur de quatre centimètres vers le sinus maxillaire, lorsqu'on incline légèrement l'instrument en dehors et en arrière ; si on le dirige verticalement il pénètre directement dans la fosse nasale droite. Du côté de la face, déformation de la joue droite, par la tuméfaction du sinus maxillaire dont la moitié inférieure fait saillie dans la fosse canine qui a disparu. Le sillon naso-jugal est lui-même effacé dans sa moitié inférieure. La peau de cette région est légèrement rouge et distendue, mais elle a conservé sa température normale, son intégrité et sa mobilité ordinaire sur les couches profondes, pas de vaisseaux dilatés dans son épaisseur. Gêne considérable de la mastication et de la déglutition ; les aliments liquides passent par la perforation palatine et sortent par le nez si le malade n'a pas la précaution de renverser la tête en arrière, pour avaler. Gêne de la parole, nasonnement. L'ulcération n'est pas très douloureuse ; mais depuis trois mois le malade éprouve des névralgies dentaires insupportables. Le mal paraît encore limité à la partie droite de la voûte palatine et au sinus maxillaire correspondant. Rien du côté de l'orbite, aucun trouble de la vision, rien du côté de la narine gauche. L'odorat et le goût sont manifestement conservés. Rien dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires.

11 *août*. — Chloroforme. Applications de pinces hémostatiques sur la lèvre supérieure de chaque côté de la ligne médiane ainsi que sur la sous-cloison, pour faire l'hémostasie préventive ; introduction d'éponges montées dans le vestibule de la bouche pour opposer un obstacle à l'écoulement du sang vers les voies respiratoire. Nous incisons verticalement la lèvre supérieure sur la ligne médiane dans toute son épaisseur, nous prolongeons ensuite notre incision vers l'aile du nez et en suivant le sillon naso-jugal jusqu'au niveau du sillon orbito-jugal ; de ce point nous faisons partir à angle droit une seconde incision qui suit le dernier sillon, en restant éloignée de 1 centimètre du bord adhé-

rent de la paupière inférieure. Il est alors facile de disséquer par leur face profonde les téguments qui recouvrent la face externe du maxillaire supérieur jusqu'au niveau des insertions antérieures du masséter que nous respectons. Ce premier temps de l'opération terminé, nous faisons l'avulsion des incisives et canines droites, puis nous réséquons à l'aide d'une forte pince de Liston la voûte palatine d'avant en arrière, jusqu'à 1 centimètre des insertions du voile du palais; de ce point nous réséquons transversalement la voûte palatine en dirigeant notre instrument vers la tubérosité maxillaire. Nous réséquons de même la moitié inférieure de la cloison et la branche montante du maxillaire supérieur droit. Cet os se trouvant en partie isolé, nous le luxons à l'aide d'un fort davier et nous amenons du même coup toutes les parties malades. Nous ruginons ensuite les surfaces osseuses restées adhérentes afin de ne laisser en place aucun prolongement. L'opération terminée, les lèvres de la plaie sont réunies par neuf points de suture. Six pinces hémostatiques placées sur les vaisseaux peuvent être enlevées immédiatement. Mais pour prévenir l'hémorragie osseuse, nous appliquons sur les surfaces sectionnées une éponge que le malade comprime lui-même à l'aide de sa mâchoire inférieure. Sur une coupe, nous constatons que la moitié inférieure du sinus maxillaire est remplie de fongosités épithéliales. La lame interne des parois de cette cavité est ramollie par place, rugueuse en d'autres points où elle a conservé sa consistance.

12 *août.* — T M = 38°,2. P = 92. Malade affaissé, pas d'appétit. Bourdonnement d'oreilles et vertiges. On enlève les éponges compressives, pas d'hémorragie. Lavage avec l'eau alcoolisée.

13 — T M = 38°. P = 92. Le malade prend à l'aide d'une sonde, des aliments liquides, bouillon, lait, vin, etc. Il est moins déprimé qu'hier, mais éprouve de vives douleurs dans la région auriculaire. Lavages alcoolisés.

14 — T M = 37°, 6. P = 90. Le malade ne dort pas de toute la nuit il a des bourdonnements d'oreilles qu'il compare au tic-tac irrégulier d'un moulin. Même traitement. On enlève les fils à l'exception de celui qui est placé sur la muqueuse labiale. La réunion s'est opérée par première intention et paraît solide. Pansement unissant à l'aide de bandelette de tarlatane collodionnée. Potion opiacée pour le soir.

15 — T = 37°,4. P = 88. Le malade a dormi 5 heures. Les bourdonnements d'oreilles ont un peu diminué. A partir de ce moment, rien de particulier à noter, les bourdonnements d'oreilles disparurent bientôt, le malade put se lever. Du côté de la cavité naso-buccale la suppuration diminua rapidement et le 7 septembre 1877, vingt-sept jours après l'opération, le malade sortait guéri.

Obs. CCLXXVI. — *Épithélioma développé dans le sinus maxillaire et étendu à la voûte palatine et à la joue.* — Delaplace (Emile), trente-neuf

ans, journalier, entre le 5 juillet 1878, salle Sainte-Marthe, 4. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, vénériens ou tuberculeux. Jamais de maladies graves. Il n'a jamais eu de carie dentaire ni d'odontalgies; il y a cinq mois, la joue gauche commença à devenir plus proéminente que la droite. La déformation portait sur la partie moyenne de la joue et ne détermina d'abord ni gêne, ni douleur. Plus tard survinrent de la sécheresse de la narine gauche et diminution de l'odorat. La tumeur envahit ensuite la partie gauche de la voûte palatine et l'arcade alvéolaire correspondante. La mastication devint impossible de ce côté par suite de l'ébranlement des grosses molaires. Celles-ci devenues tout à fait mobiles furent arrachées il y a deux mois. A partir de ce moment la tumeur se développa du côté de la cavité buccale et finit par s'ulcérer, de gros bourgeons charnus envahirent les alvéoles vides, un liquide ichoreux roussâtre s'écoula continuellement du côté de la bouche, provoquant du ptyalisme et de la fétidité de l'haleine. Il y a six semaines, apparition d'une tumeur lacrymale, au niveau de la partie inférieure du sac lacrymal; la peau devint rouge, lisse, tendue, et s'ulcéra. En même temps céphalalgie sourde, continue, exacerbante, sans localisation spéciale. Le malade se décide à entrer à l'hôpital.

6 *juillet*. — La moitié gauche de la face est saillante, refoulée en avant et contraste avec la moitié droite qui placée sur un plan plus postérieur a conservé ses dimensions et son aspect normal. A gauche, il existe un certain degré d'exophthalmie; la paupière abaissée, étalée, cache en partie le globe de l'œil. A la partie la plus interne de la paupière inférieure on voit l'ulcération qui répond au sac lacrymal; elle est irrégulièrement arrondie, du diamètre d'une grosse lentille, les bords sont mousses, indurés, violacés. La surface est couverte de petits bourgeons charnus que baigne un liquide ichoreux luisant. La joue est uniformément convexe, lisse, unie, sans bosselures apparentes. Le sillon naso-jugal est effacé; la commissure labiale gauche est attirée en haut et en dehors du gonflement de la joue. En tous ces points la peau est tendue, luisante, d'une rougeur érythémateuse intense.

Au toucher les parties molles de la joue ont la consistance ferme des tissus atteints d'inflammation chronique ; il existe un peu d'œdème inflammatoire. La peau et les couches sous-jacentes semblent confondues en une masse unique, homogène; au-dessous du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire on trouve un ganglion du volume d'un œuf de pigeon, mollasse et non adhérent à la peau. Du côté de la cavité buccale, existe une tumeur dont les limites apparentes sont en arrière du pilier antérieur gauche du voile du palais ; en avant de la seconde petite molaire gauche. En dedans elle envahit la moitié gauche de la partie palatine jusqu'au voisinage de la ligne

médiane. En dehors elle se confond avec la joue; en un mot tout le maxillaire supérieur gauche et les parties molles qui les recouvrent tant en dehors qu'en dedans sont envahies. La fibro-muqueuse qui recouvre la portion palatine de la tumeur est lisse, unie, d'une coloration violacée, mais elle ne présente pas d'ulcérations. La portion alvéolaire est au contraire ulcérée dans toute son étendue; sur les alvéoles des deux dernières molaires supérieures qui ont été enlevées, apparaît un énorme champignon fongueux, mollasse, saignant, qui descend jusqu'au plancher de la bouche, en se moulant sur la partie correspondante de l'arcade dentaire inférieure. En dehors il comble un prolongement de la partie postérieure du vestibule de la bouche.

Au toucher la tumeur est dure, lardacée, de consistance sarcomateuse au niveau de la voûte palatine, elle est molle, friable dans le reste de son étendue.

L'examen des cavités nasales à l'aide du speculum nasi montre que la fosse nasale gauche est rétrécie par suite de la saillie qui forme, d'une part, la paroi interne du sinus maxillaire et le cornet inférieur, de l'autre, la face supérieure de la voûte palatine. La pituitaire est congestionnée, mais ne présente pas d'ulcération. Les troubles fonctionnels déterminés par le développement du produit morbide sont, outre la sécheresse de la narine et la diminution de l'odorat, la gêne des mouvements de la mâchoire et l'impossibilité de la mastication qui obligent le malade à se nourrir de bouillon et de lait, l'altération de la salive par les liquides ichoreux et purulents sécrétés à la surface de la tumeur, ptyalisme. Les milieux de l'œil sont sains, mais par suite de l'abaissement de la paupière supérieure, le champ pupillaire est voilé. Ce prolapsus de la paupière est d'ailleurs purement mécanique et dû à la saillie du globe oculaire, la paupière se relève sous l'influence de la volonté. La céphalalgie est actuellement continue, sourde, gravative. La tumeur est le siège de douleurs aiguës spontanées, lancinantes, exagérées par la pression et les mouvements de la mâchoire. L'état général est altéré, le malade est amaigri, anémique, il a perdu ses forces. Depuis quelques jours son état s'est encore aggravé par l'apparition d'une arthrite scapulo-humorale droite aiguë. L'articulation est tuméfiée, rouge, chaude, très douloureuse, les mouvements exagèrent la douleur à tel point que le malade ne peut faire usage de son bras. Sur l'insistance du médecin et du malade nous nous décidons à pratiquer l'ablation de la tumeur.

20 *juillet.* — Chloroforme. De chaque côté dans le vestibule de la bouche, éponges montées sur de longues pinces. Hémostasie préventive. Toutes ces précautions prises, nous sectionnons avec des ciseaux la lèvre supérieure sur la ligne médiane, le dos du nez à

gauche de la cloison. Puis avec le bistouri nous prolongeons l'incision dans le sillon orbito-palpébral inférieur jusqu'au voisinage de la portion externe de l'orbite. Nous disséquons ensuite toutes ces parties par la face profonde afin de mettre à nu la face externe du maxillaire supérieur et de l'os malaire; ceci fait, à l'aide des longues pinces que nous avons fait fabriquer par M. Mathieu, nous réséquons, d'une part, la voûte palatine d'avant en arrière jusqu'au bord antérieur du voile du palais, de l'autre, la branche montante du maxillaire supérieur dans sa portion orbitaire. Il nous est alors facile à l'aide d'un fort davier de luxer l'os en totalité et de pratiquer du même coup par voie d'arrachement, l'ablation de la plus grande partie de la tumeur, celle-ci envoie des prolongements plus étendus que nous l'avions supposé. Nous les poursuivons du côté de l'os malaire, de la portion inférieure de l'orbite et de la voûte des fosses nasales, dans la région ptérygoïdienne et jusque sur le corps du sphénoïde, enlevant largement toutes les parties suspectes. Trente pinces hémostatiques ont été placées sur les vaisseaux; 18 peuvent être enlevées aussitôt après l'opération. Celle-ci terminée, nous suturons les parties molles détachées, à l'aide de 12 fils métalliques; pansement alcoolisé phéniqué. La coupe et l'examen histologique de la tumeur démontrent que nous avons bien affaire à un épithélioma.

21. — T = 38°. S = 38°,6. P = 98. On enlève les pinces, pas d'hémorragie. Lavages et injections avec l'eau alcoolisée; alimentation liquide.

22. — T M = 37°,8. S = 38°,4. P = 96. Œdème de la joue; à partir de ce moment la cicatrisation eut lieu sans accidents. Sort guéri le 2 août.

3° *Plancher de la bouche et pharynx.*

Obs. CCLXXVII. — *Epithélioma du plancher de la bouche avec invasion du périoste. Résection de la symphyse du menton et d'une partie du corps du maxillaire inférieur. Guérison.* — Godard (Jean), quarante-huit ans, sommelier, entre le 25 octobre 1878, salle Sainte-Marthe, 10. Pas d'hérédité, forte constitution, jamais de maladies graves. Il y a un an, il remarqua sur le plancher de la bouche au niveau de la ligne médiane, entre la base du frein de la langue et l'arcade dentaire, une tumeur du volume d'un grain de blé, dure, indolente, produisant la sensation d'un corps étranger. Cette production, d'abord stationnaire, s'ulcéra il y a six mois, s'étendit de proche en proche sur le plancher de la bouche et la fibro-muqueuse gingivale. Depuis deux mois elle a produit l'ébranlement des incisives et des canines inférieures; ses progrès incessants déterminent le malade à entrer à hôpital.

25 *octobre*. — L'ulcération occupe toute la muqueuse du plancher de la bouche, contourne la langue, sans cependant l'envahir et se continue avec une induration du périoste gingival. Elle s'étend dans toute l'étendue qui sépare l'une de l'autre les petites molaires droites et gauches. A ce niveau, la muqueuse est non seulement ulcérée, mais sur les points les moins malades elle est rouge, violacée, indurée. La surface de l'ulcération est rouge, bourgeonnante, hérissée de petites fongosités papilliformes, très serrées, rappelant l'aspect du chou-fleur et laissant suinter continuellement un ichor fétide. Les interstices de ces bourgeons fongueux sont remplis de détritus grisâtres, uniformes, ou colorés en brun par du sang. Les bords de l'ulcération sont irréguliers, peu distants du fond, recouverts des mêmes bourgeons, ils forment au-dessus de la muqueuse restée saine une saillie de 1 à 2 millimètres. Au toucher cette masse s'est étendue en profondeur aussi bien qu'en largeur, du côté des plantes sous-maxillaires sublinguales et des muscles. A la vue comme au toucher, la peau et le tissu cellulaire, qui correspondent à la région, sont sains de même que les aponévroses sous-jacentes. Profondément, on ne distingue pas de ganglions malades, mais on sent à la face inférieure des glandes sous-maxillaires, que la tumeur cancroïdale se continue avec une induration suspecte. La tumeur est peu douloureuse, mais elle détermine une sensation de gêne et des troubles fonctionnels variés. L'articulation de certains mots est devenue difficile, l'ébranlement des incisives et des petites molaires inférieures entrave la mastication. Les mouvements de la langue sont limités, difficiles, douloureux. Ces faits joints à l'introduction continuelle de l'ichor dans les voies digestives retentissent sur l'état général. Le malade maigrit et perd ses forces, il réclame avec instance l'opération.

3 *novembre*. — Chloroforme. Le malade étant couché sur notre lit d'opération, la tête maintenue dans une flexion légère à l'aide de coussins placés sous la nuque. Nous écartons les mâchoires à l'aide de l'instrument de Luër. Nous incisons immédiatement en arrière le corps de la mâchoire, toutes les parties molles qui le recouvrent, jusqu'au niveau des premières grosses molaires. Nous détachons sur la face antérieure de l'os, sur la longueur correspondant à notre incision, toutes les parties molles qui les recouvrent, les muscles et la fibro-muqueuse gingivale de ce côté. Grâce à nos pinces l'opération est faite sans hémorragie. A mesure que nous détachons les muscles de la face interne de l'os, nous plaçons sur leurs insertions des pinces hémostatiques, dans le but d'empêcher le malade d'entraîner la langue vers l'épiglotte et de produire la suffocation. Ces pinces étant confiées à des aides, pendant que la lèvre inférieure est attirée en haut, nous suivons avec un fort davier le corps de la mâchoire, sectionné de chaque côté à l'aide de la scie à chaîne au niveau des premières gros-

ses molaires dont l'une manque et dont l'autre est extraite séance tenante. Aussitôt nous pouvons mesurer l'étendue des parties molles envahies. Nous commençons par enlever la glande sous-maxillaire dont la partie supérieure est envahie; il est facile cependant de voir qu'elle n'a pas été le point de départ. Nous enlevons de même la glande sublinguale et des parties de muscles. Toute la portion de muqueuse malade est largement excisée, après avoir pris soin au préalable de faire de l'hémostasie préventive, sur tout le pourtour. L'opération peut être ainsi rapidement conduite, sans que le malade ait souffert ou perdu de sang. Nous laissons les pinces appliquées sur les insertions des muscles et sur les principaux vaisseaux, elles passent sur la ligne médiane entre les lèvres de la plaie cutanée, ainsi qu'un drain dont l'autre bout sort par l'orifice buccal. Le reste de la plaie est réuni par dix points de suture métallique. Sur vingt et une pinces posées pendant l'opération, huit seulement sont laissées en place pendant vingt-quatre heures.

1er *décembre*. — T M = 37°,8. S = 38°. On enlève les pinces, pas d'hémorragie. Lavages et injections par le tube à drainage. Même pansement. Alimentation liquide : lait et bouillon.

2. — T M = 37°,2. S = 37°,6. Le malade ne souffre pas. Etat très satisfaisant.

3. — On enlève les fils ; réunion par première intention, sinon au niveau du tube à drainage. Suppuration très modérée par la bouche. Lavages fréquents avec l'eau vineuse. Pas de fièvre.

13. — Il n'y a plus de suppuration, on enlève le tube à drainage. Les os réséqués sont recouverts par des bourgeons charnus.

3 *janvier* 1879. — Il existe sur le plancher de la bouche quelques bourgeons charnus exubérants, d'apparence suspecte. Application de flèches de Canquoin.

7. — On enlève les flèches, les bourgeons charnus sont détruits. Le malade se lève depuis dix jours. Il mange avec appétit, dort bien, ne souffre pas.

16. — On applique de nouveau des flèches de Canquoin au niveau de la surface de résection du maxillaire du côté droit où se développent des bourgeons charnus exubérants.

20. — On enlève les flèches. A la suite de l'application de la pâte de Canquoin, le malade a de la céphalée pendant trois jours.

16 *février*. — Nouvelle application de flèches, pendant quatre jours.

28. — Un petit groupe de bourgeons charnus, pédiculé, s'est développé sur la ligne médiane du plancher du réseau. On sectionne le pédicule, et l'on applique des flèches sur le point d'implantation.

Obs. CCLXXVIII. — *Tumeur du sillon glosso-palatin droit*. — Brunel (Clarisse), trente-trois ans, lunetière, entre le 15 mars 1878, salle Sainte-Marthe, 43. Femme grande, maigre, anémiée. Pas d'hérédité.

Pas de maladies graves dans l'enfance; ni scrofule, ni syphilis. Réglée régulièrement depuis l'âge de quinze ans, nullipare. Pneumonie à dix-sept ans. En janvier 1876, elle éprouva dans l'arrière-bouche une sensation de corps étranger et de la gêne de la déglutition, sans véritables douleurs. Pendant six mois, le malade ne vit rien qui pût expliquer ces accidents, mais au mois de juillet 1876, en projetant fortement la langue en avant et en regardant dans une glace, elle remarqua sur la face verticale de la langue, en arrière du V des papilles caliciformes et sur la ligne médiane une tumeur du volume d'un pois, rosée, de même coloration que la muqueuse voisine, de consistance ferme, un peu élastique au toucher. Cette tumeur fit de rapides progrès, tout en restant indolente, mais en déterminant par son volume le rétrécissement de l'isthme du gosier et des troubles fonctionnels graves. Parole embarrassée, nasonnée, les mots étaient mal articulés, comme cela se produit lorsqu'on parle avec un corps étranger dans la bouche. La titillation de la luette provoquait des accès de toux violente terminés par l'expulsion de quelques crachats sanguinolents. Respiration difficile surtout pendant le sommeil. Le passage de l'air par la cavité buccale déterminait la production d'un bruit de grelot. Salivation abondante. La gêne de la déglutition devint extrême, le contact des aliments solides avec la tumeur provoquait des efforts de régurgitation ; bientôt elle dut s'astreindre à une alimentation purement liquide. En novembre 1875, la malade se décide à entrer à l'hôpital Necker. La tumeur avait alors le volume d'un œuf de pigeon. Elle se composait de deux lobes, situés de chaque côté de la ligne médiane et ressemblant, dit la malade, à deux noisettes accolées. Cette tumeur reposait sur un court pédicule. On en fit l'ablation en sectionnant le pédicule avec des ciseaux. La malade ne fut pas chloroformée. Guérison rapide ; tous les accidents disparurent et la malade put reprendre son genre de vie habituel. Vers le mois de mars 1877, cinq mois après l'opération, les mêmes phénomènes se reproduisirent en suivant une marche progressive comme la première fois. En décembre 1877 la tumeur avait atteint le volume d'une noisette, occupait le côté droit de la ligne médiane. La malade entra à l'hôpital Beaujon où l'on enleva la nouvelle production par voie de torsion et d'arrachement avec les doigts. La base d'implantation ne fut pas cautérisée, mais la malade y appliqua de la poudre d'alun, comme on le lui avait conseillé. Malgré cette précaution une seconde récidive sur place s'effectua presque immédiatement et la tumeur évolua cette fois plus rapidement que les deux premières, en déterminant des troubles fonctionnels analogues. Dans les derniers temps, la malade ne pouvait plus prendre aucune espèce de nourriture sans éprouver des nausées et des vomissements. Aussi l'état général ne tarda pas à s'altérer, amaigris-

sement rapide, perte des forces, anémie extrême. C'est dans ces conditions que la malade vient nous trouver.

15 *mars*. — La bouche étant ouverte et la langue tirée au dehors, on voit au niveau de l'isthme du gosier, dans le sillon glosso-pharyngien du côté droit, une tumeur qui fait au-dessus de la muqueuse une saillie de 2 centimètres. Son volume est celui d'une petite châtaigne ; par son côté externe elle s'étend jusqu'à l'amygdale du côté correspondant. Sa coloration est d'un gris rosé. La surface présente de petites bosselures, du volume d'un grain de riz, jaunâtres, transparentes, qui rappellent assez bien celles de certaines amygdales hypertrophiées. Au toucher consistance solide rappelant celle des adénomes à grains acineux hypertrophiés. On sent que la tumeur est sessile, peu douloureuse, non saignante. Troubles fonctionnels identiques à ceux que détermine la première tumeur, bien que moins accentués : haleine fétide, salivation abondante, toux fréquente, spasmodique, d'ordre réflexe, gêne de la respiration, impossibilité presque complète de la déglutition. Troubles de la phonation. La parole est embarrassée, mal articulée. L'état général s'aggrave de jour en jour, par suite du défaut d'alimentation et de l'abondance du ptyalisme ; l'opération est urgente.

23 *mars* 1878. — A l'aide de longues pinces hémostatiques nous attirons fortement la langue au dehors, et afin d'éviter plus sûrement l'hémorragie, nous employons, le couteau thermo-caustique. Avec cet instrument, nous pratiquons l'ablation de la tumeur, largement et en prolongeant nos incisions jusque dans la profondeur de la langue. Nous ne pouvons bénéficier complètement de l'hémostasie produite par le cautère, car nous sommes obligé de faire rapidement l'opération, pour éviter à la malade qui n'est qu'incomplètement chloroformée, de trop grandes souffrances. Aussi sommes-nous obligé de placer sur les vaisseaux saignants six pinces hémostatiques qui seront maintenues pendant vingt-quatre heures.

24. — T M = 38°. S = 37°,6. P — 96. On a enlevé trois pinces hier dans la soirée, on enlève les autres ce matin. Quelques nausées dues au chloroforme. Lavages et gargarismes avec l'eau légèrement alcoolisée. Alimentation liquide. Bouillon, potages, vin de quinquina.

25. — Température normale. La malade se trouve bien. Elle respire plus facilement qu'avant l'opération. Les accès de toux réflexe ont cessé. Gargarismes avec l'eau alcoolisée.

30. — La malade a eu ce matin une légère hémorragie, environ vingt grammes de sang, arrêtée par l'alcool.

1er *avril*. — Alimentation toujours liquide, bouillon, potages, œufs à la cuiller. Elle respire bien, commence à parler distinctement mais éprouve toujours une certaine gêne de la déglutition. A partir de ce moment le mieux s'accentua de jour en jour, la cicatrisation s'effec-

tua rapidement et la malade quitta le service, guérie, le 2 mai 1878.

Obs. CCLXXIX. — *Grenouillette sublinguale.* — Adret (Marie), vingt-cinq ans, couturière, entre le 20 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 50. Pas d'hérédité, bonne constitution. Pas de maladies graves antérieurement. Il y a trois mois, elle remarqua à l'union du plancher de la bouche et de la face inférieure de la langue à gauche du frein, une tumeur qui atteignit rapidement le volume d'un œuf de pigeon. Elle était indolente mais causait une grande gêne dans les mouvements de la langue, dans les mouvements de mastication, de déglutition et dans l'articulation des mots. Un mois plus tard elle s'ouvrit spontanément en donnant issue à un liquide incolore, filant, légèrement salé. La tumeur se reproduisit, s'ouvrit une seconde fois spontanément pour se reproduire encore.

20 *octobre.* — La tumeur a le volume d'une châtaigne, elle est située entièrement à gauche du frein, et recouvre le plancher de la bouche jusqu'au voisinage de la muqueuse gingivale. La muqueuse qui la recouvre est amincie, non enflammée, peu vasculaire, la coloration est normale. Elle laisse voir par transparence le liquide incolore qu'elle renferme. On ne retrouve aucune trace de la cicatrice des ouvertures spontanées antérieures. Le canal de Warthon situé en dehors de la tumeur, qui le soulève, est perméable ainsi qu'on peut s'en convaincre par le cathétérisme. Aucune saillie dans la région sus-hyoïdienne. Au toucher la tumeur est résistante, demi-fluctuante et possède la consistance des kystes modérément distendus. Nous avons affaire à une grenouillette développée aux dépens des glandules salivaires.

3 *novembre.* — La malade n'est pas endormie; à l'aide d'un petit trocart à courbure brusque, nous passons un séton filiforme dont les deux bouts sont ensuite réunis par un fil et que nous laissons dans la bouche. Issue d'un liquide filant, incolore, en tout comparable à celui qu'avaient donné les premières tumeurs. Lavages avec du vin chaud. Les jours suivants se produit un travail inflammatoire qui favorise l'accolement des parois de la poche. Le cinquième jour, le séton tombe de lui-même. La cicatrisation est complète. Le malade quitte le service le 8 novembre 1877.

Obs. CCLXXX. — *Grenouillette sublinguale.* — X..., trente-cinq ans, scrofuleux, a été traité dans nos salles, il y a trois ans, pour une adénite développée au-devant du sterno-mastoïdien du côté gauche. La tumeur était très volumineuse et avait résisté à toute tentative de traitement médical ainsi qu'aux applications de pommade fondante, ou de teinture d'iode. Nous en fîmes l'ablation et nous reconnûmes que nous avions affaire à une dégénérescence caséeuse. La guérison fut rapide. Depuis l'opération, la santé a été aussi bonne que pos-

sible, on ne retrouve plus dans la région qu'une petite cicatrice déprimée, infundibuliforme.

Aujourd'hui il porte au-dessous de la langue une petite tumeur dont le début est passé inaperçu et qui s'est développée lentement, progressivement, sans occasionner tout d'abord ni gêne ni douleur. Mais bientôt son volume croissant, provoqua un ensemble de troubles fonctionnels qui décidèrent le malade à venir réclamer nos soins. Sur le plancher de la bouche immédiatement à gauche du frein, nous trouvons une tumeur conoïde, dont le grand axe se dirige obliquement de bas en haut et d'arrière en avant. La base mesure environ un centimètre et demi de diamètre, son pourtour est limité en dedans par le frein, en arrière par la racine de la langue, en avant par un point qui répondrait à la bourse séreuse de Fleischmann. Elle est légèrement aplatie de dehors en dedans. Sa hauteur est d'environ deux centimètres et demi. L'aspect de cette production justifie assez bien l'expression du malade : « *il lui pousse, dit-il, une seconde langue* ».

La muqueuse soulevée, distendue, est rouge violacée vers le sommet de la tumeur et injectée au même niveau de capillaires légèrement dilatés ; sa coloration, en allant du sommet vers la base, passe par des teintes qui se rapprochent de plus en plus de la couleur normale de la muqueuse.

La tumeur paraît immédiatement sous-jacente à la muqueuse, et présente par place une sorte de transparence liquide. Les orifices des conduits de Warthon sont déviés vers la droite. Au toucher la tumeur est molle, liquide et fluctuante. Par la pression le liquide reflue sous la muqueuse mais n'est pas exsudé au dehors. Le cathétérisme du conduit de Warthon au moyen de la sonde d'Anel, indique d'ailleurs qu'il est parfaitement libre et indépendant de la tumeur. Cette production est complètement indolente, mais sa présence détermine une grande gêne de la mastication et de la parole, en même temps qu'une sensation désagréable de corps étranger. Cette affection constitue la variété de grenouillette qui appartient aux kystes séreux du tissu cellulaire sous-muqueux. Elle n'a évidemment aucun rapport avec les glandes muqueuses et le canal de Warthon, ainsi qu'il résulte de l'examen que nous avons pratiqué. On devait ponctionner, au moyen du trocart courbe, mais le malade quitte l'hôpital avant que l'on puisse l'opérer.

Obs. CCLXXXI. — *Sarcome kystique de l'isthme du gosier et des arrières narines.* — Grandbut (Paul), trente et un ans, cocher, se présente à la clinique du 27 juillet 1878. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, syphilitiques ou tuberculeux. Forte constitution, bonne santé habituelle. Depuis l'hiver dernier, il éprouve de l'enchifrènement, une sensation de plénitude et de gêne du côté des fosses na-

sales. A partir de la même époque, il eut fréquemment de la céphalalgie. En avril dernier, tuméfaction douloureuse, entre le bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche et l'angle correspondant de la mâchoire, avec rougeur de la peau. Cette tuméfaction, dure, résistante, bien limitée, ne dépassant pas les dimensions d'une grosse noix, dura huit jours et se termina par résolution. Il eut dans le même temps de violentes douleurs d'oreille du côté gauche. Il y a un mois, angine avec fièvre, céphalalgie et otalgie, le pilier gauche du voile du palais et l'amygdale du même côté étaient rouges, tendus, saillants; déglutition douloureuse et difficile. Le malade affirme qu'il eut en même temps une adénite sous-maxillaire de ce côté. Les jours suivants, les douleurs vives, la céphalalgie et l'otalgie disparurent, mais les ganglions sous-maxillaires restèrent indurés et volumineux. La tuméfaction du pilier antérieur s'étendit progressivement au voile du palais qu'elle finit par envahir. Le malade alla consulter plusieurs médecins qui ordonnèrent des gargarismes et conseillèrent l'expectation. Mais les troubles fonctionnels s'aggravent de jour en jour, la déglutition des liquides même devient difficile; gêne extrême de la respiration, accès de suffocation pendant le sommeil avec menace d'asphyxie. La voix est altérée, sourde, nasonnée; certains mots sont difficiles à comprendre. En même temps l'état général s'aggrave, perte des forces et amaigrissement rapide. C'est dans ces conditions que le malade se présente à l'hôpital.

27 *juillet*. — L'isthme du gosier est presque entièrement voilé par une tumeur d'aspect inflammatoire dont le centre repose entre l'amygdale et les piliers du côté gauche. Elle abaisse l'agmydale qui est saine, refoule les piliers au contact de ceux du côté opposé, remonte jusqu'à la ligne palatine en débordant la ligne médiane et s'étend sur les parois latérales du pharynx, jusqu'au contact des maxillaires et en arrière de l'amygdale jusqu'au-dessous d'elle. La muqueuse qui recouvre la tumeur appartient plus spécialement au voile du palais et à la paroi latérale gauche du pharynx, elle est lisse, distendue, amincie, sans bosselures apparentes. Au centre elle laisse voir par transparence une tumeur bleuâtre d'aspect kystique, tandis que sur le pourtour la teinte est plus ocreuse. Au toucher la consistance de la tumeur n'est pas la même dans tous les points, elle est dure, solide, sarcomateuse dans son tiers inférieur et surtout au niveau du pilier gauche de l'isthme, molle et très fluctuante dans les 2/3 supérieurs, jusqu'au bord osseux de la voûte palatine. Nous introduisons l'index par la bouche, en arrière du palais, pour mieux explorer les rapports de la tumeur avec le pharynx. Cet examen est tellement difficile, qu'il nous donne des renseignements incomplets. Aussi nous réservons-nous de le faire avec plus de soin pendant l'a-

nesthésie chloroformique. Tout ce que nous pouvons supposer, c'est que la production morbide est très molle, oblitère l'orifice postérieur de la cavité nasale correspondante et force les mucosités à s'accumuler dans l'intérieur de cette cavité. L'examen fait par l'orifice antérieur des narines ne permet de découvrir rien d'anormal, même au spéculum nasi.

27 *juillet*. — Chloroforme avec précaution en raison de la particularité de ce cas. Lorsque le sommeil est complet nous introduisons le dilatateur buccal de Mathieu. La force de cet instrument est telle, qu'au moment où la mâchoire inférieure est abaissée à son maximum, la distension de l'isthme du gosier qui en est la conséquence exerce une pression assez forte sur la tumeur pour rompre la muqueuse de sa face postérieure; ce qu'annonce un brusque jet de liquide. Ce liquide est abondant, sanguinolent, couleur chocolat; il contient une grande quantité de paillettes brillantes, qui ressemblent à de la cholestérine. Nous estimons à un verre la quantité qui s'est écoulée à ce moment et pendant le reste de l'opération. Grâce à un bon nombre d'éponges montées sur des pinces que nous avions préparées à l'avance, grâce aussi à la précaution que nous prenons d'incliner la tête du malade, pour faciliter l'écoulement du liquide, il n'en résulte aucun inconvénient. Nous introduisons d'abord le doigt derrière le palais et nous le passons facilement par la fente spontanée et par la cavité du kyste. Nous explorons toute la cavité. Nous trouvons qu'elle se prolonge : en haut, dans la partie postérieure de la fosse nasale correspondante ; en avant et en dedans, à l'intérieur du voile du palais; en dehors, sur le squelette de la paroi latérale du pharynx, où l'on sent l'os à nu, en bas, du côté du pilier, jusqu'au voisinage de l'amygdale. A l'intérieur de cette cavité, la portion charnue dont nous avions soupçonné la présence et qui représente environ le 1/3 de la masse totale, a une mollesse de sarcome embryoplastique. Nous l'enlevons aussi complètement que possible avec l'extrémité de l'index. Grâce à sa friabilité ce tissu se laisse facilement détacher par l'ongle sans donner beaucoup de sang.

Il est à craindre sur le point où il adhère à la paroi intérieure du kyste que le raclage ne suffise pas pour empêcher la récidive. Le malade retourne chez lui; il revient nous voir le lundi sans avoir subi aucun ébranlement de l'opération. Huit jours après nous le revoyons encore ; bien qu'il soit dans une position satisfaisante, nous trouvons que le voile du palais est encore rouge. Nous prions M. Fauvel d'en faire la section verticale dans toute sa hauteur, pour voir s'il ne serait pas possible d'attaquer par des moyens locaux le reliquat de la tumeur. Le malade n'a pas été revu dans le service.

Obs. CCLXXXII. — *Amygdalite suppurée. Ouverture spontanée de l'abcès. Guérison.* — Desmeules (Jules), quarante-six ans, artiste drama-

tique, entre le 2 juillet 1877, de la salle Sainte-Marthe 5. Malade bien constitué, ne présentant comme antécédents pathologiques qu'une prédisposition particulière aux maux de gorge. Tous les quinze jours à peu près il a ainsi un gonflement douloureux des amygdales survenant au moindre refroidissement. En mars dernier il a eu un abcès amygdalien. Le 2 juillet, jour de son entrée dans le service, on constate l'état suivant : gonflement anormal, considérable des deux amygdales, surtout la gauche, qui sont luisantes et se rejoignent presque sur la ligne médiane. La luette participe au gonflement général de l'arrière-gorge. On aperçoit entre les deux piliers du voile du palais, à gauche une tumeur rouge, lobulée, d'un aspect framboisé. La même tumeur existe à droite mais beaucoup moins prononcée. Le tissu sous-muqueux environnant paraît sain. Le pilier antérieur gauche du voile du palais est poussé en avant par l'hypertrophie de l'amygdale. Douleurs très vives dans les mouvements de déglutition, douleurs se propageant dans l'oreille gauche. Voix nasillarde. Pas de ganglions engorgés dans la région.

Mouvement fébrile revenant chaque soir depuis cinq jours. Pouls à 90. Gargarismes, pédiluves.

3 *juillet*. Même état, douleurs toujours très vives, salivation abondante. Le malade éprouve une grande difficulté pour ouvrir la bouche. On peut avec le doigt sentir la tumeur ramollie, fluctuante siégeant, occupant la partie médiane de l'amygdale gauche. Frissons et fièvre le soir. P = 90.

4. — L'abcès s'est ouvert la nuit spontanément, la malade a craché une grande quantité de pus fœtide. Gargarisme.

5. — Mieux sensible. Disparition presque complète des douleurs. L'amygdale a diminué de volume, à sa partie centrale existe une petite ouverture irrégulière, à bords déchiquetés, rouge. Gargarisme. Le 6 juillet le malade peut quitter le service. La petite plaie de l'amygdale semble en voie de cicatrisation rapide.

§ II

PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE.

1° *Œsophage. — Estomac. — Intestin grêle et ses annexes.*

Les observations CCLXXXV à CCXCV (inclusivement) sont toutes relatives à des hernies ; elles se répartissent ainsi d'après la variété :

Hernies ombilicales.	1
— inguinales.	7
— crurales.	3

La seule hernie ombilicale observée le fut chez une femme de soixante ans. Depuis fort peu de temps, elle avait cessé de porter le bandage dont elle se servait habituellement, de sorte qu'au moindre effort, la hernie se reproduisait. A son entrée à l'hôpital elle présentait depuis trois jours des accidents d'étranglement. Après le débridement, une partie des symptômes de rétention des matières fécales persistèrent, l'algidité augmenta et la malade succomba le lendemain de l'opération; à l'autopsie, on trouva une péritonite circonscrite au début, et une sorte de sténose partielle et irrégulière de l'intestin que n'expliquait point la présence de brides cicatricielles; elle semblait plutôt tenir à une contracture spasmodique irrégulière et tardive.

Dans l'observation CCLXXXVI, les accidents d'étranglement semblaient tenir à de l'inflammation plutôt qu'à autre chose; on appliqua des cataplasmes et la hernie se réduisit spontanément au bout de dix jours.

D'autres hernies inguinales, dont l'une congénitale étranglée depuis 24 heures, furent réduites par le taxis.

Dans quatre autres nous dûmes faire la chélotomie avec ouverture du sac. Les conditions étaient absolument défavorables : un malade avait présenté déjà un an auparavant des accidents d'étranglement, et nous avions fait réduire la hernie par le taxis; malgré nos conseils il refusa obstinément de porter un bandage; la hernie s'étrangla de nouveau, et cette fois il fut absolument impossible de la réduire (obs. XCCC); une autre était à peu près dans les mêmes conditions (obs. CCXCI). Le malade de l'obs. CCXCII était un vieillard de quatre-vingt-deux ans, dont l'étranglement remontait à quarante-huit heures. Dans un cas, la mort eut lieu par suite d'une péritonite généralisée; dans un autre, par la gangrène de l'intestin; enfin dans le troisième, il y avait également de la gangrène de l'intestin et de la péri-

tonite partielle, bien que l'étranglement ne remontât pas au delà de quarante-huit heures.

Les trois hernies crurales avaient pour sujet des femmes, une âgée de cinquante-sept ans, une autre de quarante-neuf ; les symptômes d'étranglement remontaient à trois et à quatre jours. Une fut opérée sans ouverture et une autre avec ouverture du sac ; toutes deux succombèrent (gangrène de l'intestin, péritonite du petit bassin). Enfin la malade de l'observation CCXCV, vieille femme de soixante-dix-huit ans, subit également la chélotomie avec ouverture du sac pour une hernie crurale gauche étranglée depuis trois jours; il succomba dans un accès de dyspnée, et la cause de cette catastrophe resta inconnue, car nous ne pûmes faire l'examen nécroscopique.

Obs. CCLXXXIII. — *Carcinome de l'extrémité inf. de l'œsophage et du cardia. Invasion précoce des ganglions du cou. Dysphagie ; état cachectique ; dyspnée et violentes palpitations. Mort dans le marasme. Autopsie. Noyaux secondaires dans le cœur et le foie.* — X..., cinquante-sept ans, garde de nuit, entre le 20 juillet 1877, salle Sainte-Marthe, 26. Homme grand et robuste : n'a jamais fait de maladie sérieuse.

C'est en janvier 1877 qu'il dit avoir éprouvé la première fois un peu de gêne pour avaler et qu'il s'aperçut de la lenteur avec laquelle ses aliments arrivaient dans l'estomac. Il vint au mois de mars suivant à la consultation. On l'examina alors : il n'avait que peu maigri; faisait encore son pénible métier, mais ses forces diminuaient, et surtout il se nourrissait difficilement. Le sondage œsophagien fut pratiqué : on constata un premier obstacle à la région moyenne de la portion cervicale de l'œsophage, obstacle facilement franchissable d'ailleurs, dont rendit compte la présence de deux tumeurs probablement ganglionnaires suivies à la palpation dans les parties profondes du cou ; mais l'obstacle principal siégeait à l'extrémité de l'œsophage ; la boule la plus petite de la série des olives en ivoire passait à frottement rude : d'ailleurs, en la retirant, on ne ramena pas une goutte de sang ; de plus le malade dit que jamais il n'avait vomi de sang. Il ne voulut point entrer à l'hôpital.

Comme antécédent on trouvait : mère morte à soixante-neuf ans d'un cancer de l'estomac ; il ne savait rien sur son père ; deux frères et une sœur étaient en bonne santé.

Jamais il n'avait avalé de liquide à l'action duquel on pût rapporter le rétrécissement actuel. En revanche il avoue que les libations copieuses lui étaient familières, bien qu'il ne se grisât pas.

Pendant quelque temps, le malade vint deux ou trois fois par semaine dans la salle; on passait les olives; et l'on parvint sans aucune hémorragie à passer la troisième de la série; malgré cela le malade maigrissait, devenait jaune terreux, ne pouvait plus manger; entre enfin le 20 juillet. A ce moment les tumeurs ganglionnaires avaient grossi sans cependant être apparentes à la simple vue.

On constata un symptôme nouveau : plusieurs fois par jour, le malade était pris de palpitations qu'il disait atroces; tantôt à la visite on le trouvait couché, calme, le pouls absolument régulier, le cœur ayant ses bruits normaux sans altération des claquements; tantôt on le trouvait assis sur son lit, en proie à une angoisse extrême; le pouls était d'un irrégularité remarquable : le cœur battait violemment. Ce symptôme pénible ne cessa plus de paraître un seul jour à partir de l'entrée du malade à l'hôpital. Le 8 août, pour la première fois, il eut des nausées, et deux jours plus tard il se mit à vomir, tantôt ses aliments, ou plutôt les liquides qu'il prenait, tantôt simplement des matières glaireuses ou bilieuses. Quelquefois les vomissements s'accompagnaient de coliques abdominales.

Le malade tomba rapidement dans une cachexie profonde; l'alimentation devint absolument insuffisante, et il mourut le 2 septembre sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

Autopsie. — Le cardia est occupé par des tumeurs bourgeonnantes à peine ulcérées, n'ayant que quelques centimètres de hauteur dans l'œsophage, et intéressant très peu le pourtour stomacal du cardia.

Au niveau des ganglions tuméfiés du cou, l'œsophage est simplement comprimé. Dans les autres viscères on trouve seulement : dans le foie trois petits noyaux superficiels pyriformes, d'apparence cancéreuse ; dans le cœur, au niveau de la naissance de l'artère pulmonaire, à la base d'une valvule sigmoïde, un noyau piriforme blanchâtre à la coupe : rien dans les autres viscères. L'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un carcinome ; les noyaux secondaires sont de même nature dans le foie et le cœur.

Obs. CCLXXXIV. — *Tumeur solide du foie. Ponction à l'aide d'un trocart capillaire, issue de quelques gouttes de sang.* — Wutz (Pierre), soixante-deux ans, étameur de glaces, entre le 2 juillet 1877, salle Saint-Augustin, 2. Il ne parle et ne comprend que le patois lorrain, aussi est-il difficile d'obtenir des renseignements circonstanciés. Sujet petit, maigre, mal constitué, le tronc semble trop court relativement aux membres. Depuis un an, il éprouve dans la région de l'hypocondre droit des douleurs sourdes, vives, exacerbantes, s'irradiant vers l'épigastre, exagérées par la pression et les mouvements de flexion forcée du tronc. Peu à peu la région hépatique a augmenté de volume. A plusieurs reprises, œdème des jambes; jamais d'ictère; pas de trou-

bles gastriques ou intestinaux. Pas d'alcoolisme ; n'a jamais eu la syphilis.

2 *juillet*. — L'abdomen, divisé en deux parties, par un sillon transversal qui passe un peu au-dessus de l'ombilic, est comme bilobé. L'hypocondre droit, beaucoup plus volumineux que le gauche, est déformé par une tumeur arrondie, convexe, sans bosselures apparentes. Peau normale sans changements de coloration. Pas de dilatation des vaisseaux superficiels. Au toucher, on sent que la tumeur occupe l'hypocondre droit et l'épigastre. Sa consistance est ferme, élastique, résistante et comparable à celle que donne la palpation des muscles grands droits de l'abdomen chez un homme fortement musclé dont le ventre est tendu. Cette consistance est homogène ; on ne trouve aucun point ramolli ou fluctuant, pas de frémissement hydatique. A la percussion, la matité remonte en haut jusqu'au cinquième espace intercostal ; en bas, elle descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes ; transversalement, la matité occupe toute la région de l'hypocondre droit, l'épigastre ; elle empiète de 2 centimètres sur l'hypocondre gauche. La tumeur suit manifestement les mouvements du diaphragme. Pression très douloureuse au niveau du creux épigastrique. L'hypocondre gauche, moins saillant que le droit, est mou et dépressible comme à l'état normal, il est impossible de sentir la rate. La saillie hypogastrique due aux intestins est, de même, molle et dépressible. Pas d'ascite. Digestions normales, pas de vomissements alimentaires, pas d'hématémèses, pas de melœna. Apyrexie.

7 *juillet*. — Le malade n'est pas endormi. Après avoir tracé à l'encre les limites de la tumeur, on fait à l'aide d'un trocart capillaire une ponction exploratrice qui donne issue à quelques gouttes de sang. Nous avons affaire à une tumeur solide. Le malade se repose quelques jours à l'hôpital et sort dans le même état.

Obs. CCLXXXV. — *Hernie ombilicale volumineuse étranglée depuis trois jours. — Opération, résection d'une portion de l'épiploon hernié. Algidité persistante. Mort. Autopsie. Péritonite partielle.* — Folquier (Olympe) soixante ans, marchande de fleurs, entre le 25 mars 1878, salle Sainte-Marthe, 54. Forte constitution, jamais de maladies graves. Réglée régulièrement de dix-neuf à quarante-cinq ans. Première grossesse à vingt-deux ans ; les efforts de l'accouchement déterminèrent la production d'une hernie ombilicale. Seconde couche dix ans plus tard sans accidents. La hernie fut maintenue réduite à l'aide d'une pelote appropriée, et la malade n'éprouva jamais d'accidents de ce côté pendant trente-huit ans. La hernie sortait et rentrait facilement. Aucun trouble digestif. Appétit constant, selles toujours régulières, jamais de nausées ni de vomissements. Très rarement un peu de météorisme, sans rapport probable avec la hernie. Dans les derniers temps

le bandage, étant usé, ne la maintenait plus qu'imparfaitement. Il y a trois jours plusieurs anses intestinales, étant sorties, ne purent être réduites, la tumeur devint douloureuse. Dans la journée la malade fut prise de coliques, elle eut des nausées et des vomissements bilieux et alimentaires ; pas de selles. Les jours suivants, même état, vomissements fécaloïdes, météorisme, pas de selles. Sueurs froides. Un médecin constate l'étranglement de la hernie, tente le taxis sans résultats et conseille à la malade d'entrer à l'hôpital.

25 *mars.* — La tumeur s'étend de l'ombilic à quatre travers de doigt au-dessous, dans la région hypogastrique, elle déborde la ligne médiane de quatre travers de doigt à gauche , de cinq à droite. On distingue manifestement sous la peau qui a conservé sa coloration normale, la forme de plusieurs anses intestinales. Au toucher, qu'on est obligé de pratiquer avec ménagements à cause des douleurs qu'il provoque, la tumeur est molle, rénitente, élastique par places, dure et résistante en d'autres points ; l'intestin hernié contient à la fois des gaz et des matières stercorales. Le météorisme généralisé est surtout marqué dans la région épigastrique. La malade n'a eu dans la matinée, ni vomissements, ni coliques, mais la rétention fécale persiste. Sueurs profuses. T S = 38, 8. Le pouls est si petit qu'il faut chercher longtemps avant de le sentir ; il est extrêmement lent. Les pommettes sont colorées, mais il n'y a pas de cyanose. Une nouvelle tentative de taxis reste infructueuse. Dans la journée, les vomissements fécaloïdes se reproduisent, l'état général s'aggrave, la face se cyanose ; refroidissement des extrémités, la malade est très déprimée. Opération faite par M. Delens. Les téguments sont incisés transversalement, sur une étendue de huit centimètres, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il s'agit d'un entéro-épiplocèle. L'intestin est facilement réduit, mais on résèque la portion d'épiploon herniée après en avoir fait la ligature. Le fil placé sur le pédicule est maintenu au dehors et fixé à la paroi abdominale par des bandelettes de tarlatane collodionnée. La réduction obtenue, les lèvres de la plaie sont rapprochées et réunies par 5 points de suture *à anses séparées*. Pansement légèrement alcoolisé et ouaté compressif. Deux sacs de caoutchouc remplis de glace sont appliqués sur l'abdomen ; la malade est enveloppée dans des alèzes chaudes.

26 *mars.* — Les symptômes persistent. La malade est toujours déprimée, elle n'a rendu par l'anus ni excréments, ni gaz ; ce matin, deux vomissements fécaloïdes. Pouls, petit, fréquent, à peine perceptible. La cyanose de la face persiste. T S = 37°,6. De la chartreuse mélangée à de la glace, est avalée sans dégoût et conservée.

27. — Plusieurs vomissements dans la journée d'hier et ce matin avant la visite, tous de nature fécaloïde. Constipation persistante.

Collapsus. T S = 37° Lèvres bleuâtres, violacées. Respiration stertoreuse. Refroidissement des extrémités. La malade ne répond pas aux questions. Mort dans la journée.

Autopsie. — A part un peu de rougeur des intestins voisins de l'épiploon hernié indiquant une péritonite circonscrite légère et incapable d'expliquer la mort, on ne trouve aucune trace d'étranglement interne ou autre. Par places seulement, l'intestin grêle paraît resserré, comme s'il existait un retrécissement spasmodique. Incisé du pylore à l'anus, il ne présente aucune altération.

Obs. CCLXXXVI. — *Hernie inguinale enflammée. Symptômes d'étranglement. Cataplasmes. Réduction spontanée au bout de dix jours.* — Fouquet (Angélique), soixante ans, concierge, entre le 25 décembre, salle Sainte-Marthe 39, présentant les symptômes d'un étranglement herniaire. Hernie inguinale datant de sept ans. Depuis cette époque, elle portait un bandage ; la hernie rentrait facilement, et n'avait jamais provoqué d'accidents. Depuis un an, le bandage s'était usé, la malade n'en portait plus ; il y a quarante-huit heures, après une journée de fatigue, la hernie s'est étranglée : douleurs abdominales très vives, avec coliques ; diarrhée sans vomissements. La réduction n'a pu être faite en ville.

25 *décembre.* — Dans la région inguinale droite, tumeur du volume d'un gros œuf de poule, molle, pâteuse, bien circonscrite, fuyant sous le doigt et donnant une sensation de crépitation ; douleurs à la pression. Tympanisme, coliques violentes, pas de vomissements. Frissons de courte durée mais revenant fréquemment. On essaie en vain de réduire par le taxis, la malade étant la tête en bas. Cataplasmes.

26. — Même état. Défaut d'appétit. Coliques et douleurs abdominales. Pas de selles. Cataplasmes. Légère compression. Purgatif sans résultat. T A = 37, 5.

27. — Symptômes moins accentués.

30. — Amélioration. La malade a eu deux selles. Même traitement.

2 *janvier.* — Même état. La malade peut manger. La hernie ne rentre pas.

5. — Amélioration, plus de tympanisme, plus de coliques. Même traitement.

7. — Dans la nuit la hernie s'est réduite spontanément. La malade a bien entendu le bruit spécial qu'elle connaissait déjà.

10. — La malade quitte le service avec un bandage provisoire.

Obs. CCLXXXVII. — *Hernie inguinale congénitale. Accidents d'étranglement. Taxis. Réduction.* — Flicourt (Henri), dix-huit ans, mécanicien, entré le 22 juillet 1877, salle Saint-Augustin, 75. A toujours eu du côté gauche des bourses, une tumeur réductible. Jamais ce malade n'a porté de bandage.

Hier au soir la tumeur est devenue douloureuse et plus volumineuse que d'habitude. Le malade avait mangé des moules à son dîner. Mais c'est à la suite d'un léger effort que l'accident est survenu. Peu de temps après il éprouvait de vives coliques, en même temps il était pris de vomissements alimentaires ; un médecin a essayé sans succès de réduire la hernie.

Le lendemain, les vomissements, et les nausées, et les coliques persistent. Le malade se fait porter à l'hôpital le dimanche 22 juillet, à une heure de l'après-midi.

22 *juillet*, 2 heures. — Tumeur partant du pubis et occupant la moitié gauche du scrotum. Douloureuse au toucher, très serrée au niveau de l'anneau inguinal externe. Forme allongée de la tumeur sonore dans presque tous les points. On ne trouve pas le testicule gauche. Le malade ne sait pas s'il avait un ou deux testicules auparavant. Taxis essayé par Sabourin, pas de résultat. Un grand bain d'une heure ne réussit pas davantage. Glace sur la tumeur.

23. — Les vomissements ont continué pendant la nuit et ce matin. Matières rendues de couleur noirâtre, et d'odeur fécaloïde commençante, le ventre est ballonné ; il n'y a pas eu de selle ; taxis dans les conditions suivantes :

Le malade est placé la tête en bas, reposant sur un oreiller mis sur le parquet ; le siége appuie sur le bord du lit, et les jambes sont relevées par deux aides, tandis qu'un troisième maintient les épaules et la tête du patient. Les muscles de la paroi abdominale se trouvant ainsi relâchés, nous essayons de réduire la hernie. Tout d'abord la tumeur franchit un obstacle, et vient faire saillie assez haut au-devant de la paroi abdominale, mais elle n'a pas franchi l'anneau inguinal. Donc *hernie en bissac.*

Nous continuons pendant cinq ou six minutes à repousser doucement la tumeur, et nous finissons par la réduire, sans avoir fait aucun effort brusque. Après la réduction, l'on ne sent pas de testicule gauche dans le scrotum. Les parois des bourses sont épaisses. Il y a un double sac, dans le scrotum et un peu au-dessus, au-devant de l'anneau inguinal externe. On place un spica de l'aine, et l'on donne au malade 30 grammes d'huile de ricin.

24. — Les vomissements ont cessé. Le malade ne souffre presque plus du ventre, il a eu une selle ce matin. Bon appétit.

26. — La hernie ne s'est pas reproduite. Pas le moindre accident.

28. — Le malade sort avec un bandage.

Obs. CCLXXXVIII. — *Hernie inguinale droite enflammée. Accidents datant de vingt-six heures. Ponction du sac et réduction après chloroformisation.* — Louis (Lyon) vingt et un ans, imprimeur lithographe, entre le 22 mai 77, salle Sainte-Marthe.

Ce malade nous raconte qu'il a depuis trois ans environ une hernie

qui sortait et rentrait facilement et pour laquelle il ne portait pas de bandage. Jamais il n'en avait souffert quand hier, après avoir tiré de l'eau toute la matinée, il a éprouvé une assez vive douleur dans l'aine droite. Il a porté la main instinctivement à sa hernie, a cherché à la faire rentrer, mais n'a pu y parvenir comme d'habitude. Il s'est mis alors au lit et quelques heures après, c'est-à-dire entre cinq et six heures du soir, les vomissements ont commencé.

Le lendemain matin 22 mai, le malade se présente à la consultation de l'hôpital : ses douleurs sont tellement violentes qu'il peut à peine se tenir debout. Après avoir constaté une tuméfaction avec rougeur de toute la région inguino-scrotale droite on le fit porter au bain et à la sortie du bain on lui fit appliquer une vessie de glace sur la région malade.

Examiné de nouveau vers quatre heures : il présentait une tumeur inguino-scrotale droite avec rougeur de la peau de l'aine et du scrotum. La tumeur inguinale est dure, rénitente, allongée et très douloureuse. La tumeur scrotale, au contraire, est molle, dépressible, grosse comme un œuf et nettement fluctuante ; le testicule parfaitement distinct est situé à la partie antérieure et supérieure. Cette tumeur n'offre pas de pédicule et on peut introduire assez facilement le bout de l'index dans l'anneau inguinal interne. La tumeur inguino-scrotale est mate dans toute son étendue, mais en arrière du testicule on constate une transparence très nette.

Par le taxis on diminue momentanément le volume de la tumeur scrotale, mais aussitôt qu'on cesse la compression la tumeur reparaît avec sa forme et son volume primitifs.

Le malade souffre beaucoup, il a des irradiations douloureuses dans tout l'abdomen, son visage exprime une grande angoisse, le pouls est un peu accéléré mais la chaleur de la peau est normale ; depuis hier matin il n'a pas été à la selle et depuis son arrivée à l'hôpital il a rendu par la bouche des matières bilieuses. Les premières tentatives de taxis ayant été infructueuses on pratique avec l'aiguille moyenne de l'aspirateur Potain une ponction à la partie inférieure et postérieure du scrotum : celle-ci donna issue à 12 à 15 grammes de liquide séreux légèrement sanguinolent.

Après cette ponction on fit de nouveau quelques tentatives de taxis assez peu énergiques car elles déterminaient de violentes douleurs. Afin d'obvier à cet inconvénient on administra le chloroforme grâce auquel, au bout de cinq à six minutes de taxis pratiqué assez énergiquement avec les deux mains, on put faire rentrer la hernie.

Le malade, immédiatement soulagé, s'endormit jusqu'au lendemain matin et n'eut plus un seul vomissement.

Le 23 mai, la région n'était le siège ni de rougeur, ni de douleurs, le scrotum avait également repris son aspect normal. L'anneau

inguinal externe est libre et assez large pour qu'on y introduise facilement l'extrémité de l'index. L'état général est excellent, dans la journée il a plusieurs selles. Le malade quitta l'hôpital deux jours après.

Obs. CCLXXXIX. — *Hernie inguinale droite. Réduction. Symptômes d'étranglement depuis vingt-quatre heures. Bains, chloroforme, taxis, réduction.* — Baudet (Jules), trente-six ans, entre le 21 février 1877, salle Sainte-Marthe, 11. A l'âge de quinze ou seize ans, il vit se former une hernie, qui resta à l'état de bubonocèle ; elle faisait une saillie grosse comme une noisette.

Jamais il n'a porté de bandage ; jamais il n'eut à souffrir de sa hernie. Le mercredi 20 février, le matin, en se levant, il ressentit de la douleur dans l'aine droite. Il s'aperçut que sa hernie avait augmenté de volume, mais ne descendait pas encore dans la bourse correspondante.

Quelques heures après, les douleurs furent plus vives, la hernie descendait dans la bourse, il survint des coliques violentes. A ce moment (dix heures du matin) il eut des envies de vomir. Une heure après, il vomit des matières glaireuses, il n'avait rien mangé le matin. On le transporta à l'hôpital à trois heures du matin. Il venait de vomir un sirop qu'il avait pris. Le malade ne présente pas encore le facies de l'étranglement herniaire. Dans l'aine droite se trouve une tumeur facile à reconnaître pour une hernie inguinale. Elle descend dans le scrotum, et se compose de deux parties disposées en bissac : étranglement au niveau de la réunion du tiers supérieur avec les tiers inférieurs. La partie scrotale a le volume d'un œuf de dinde. Consistance élastique, pâteuse en certains points. La sonorité est douteuse, et l'on n'a pas la sensation ordinaire des entérocèles simples. On suppose qu'il y a de l'hydrocèle concomitante, bien que l'on ne trouve pas de transparence caractéristique à la périphérie. On tente aussitôt le taxis sans chloroforme en plaçant le malade les jambes en l'air et la tête tout à fait par terre. On n'obtient pas de réduction même partielle. Le malade vient de vomir du café qu'il avait pris à son entrée dans le service. On le met dans un grand bain pendant trois quarts d'heure. A six heures du soir, chloroforme, taxis. Après dix ou douze minutes, la réduction s'opère complètement, dans la position horizontale. Une fois la hernie réduite, la bourse droite reste volumineuse, et l'on constate alors la présence du liquide de l'hydrocèle, en quantité notable. En interrogeant le malade on apprend qu'il avait toujours eu le côté droit plus volumineux que le gauche. Le soulagement est immédiat. On applique un tampon de compresses maintenues par un spica de l'aine. La nuit a été excellente, tous les accidents ont cessé deux jours après.

Obs. CCXC. — *Hernie inguinale étranglée depuis deux jours, taxis sans résultat. Chélotomie avec ouverture du sac, ligature avec le catgut et résection d'un fragment d'épiploon. Mort. Péritonite partielle. Gangrène limitée de l'intestin.* — Plicourt (Henri), vingt ans, mécanicien, entre le 7 décembre 1878, salle Sainte-Marthe, 33. Il porte une hernie inguinale probablement congénitale, volumineuse, habituellement maintenue réduite par un bandage. L'an dernier, le malade, ayant négligé de porter son bandage, éprouva tous les accidents de l'étranglement, il vint dans notre service où nous pûmes obtenir la réduction par le taxis. Depuis cette époque il avait pu continuer son travail sans éprouver de nouveaux accidents, lorsqu'il y a deux jours, la hernie devint de nouveau irréductible.

7 *septembre.* — La région inguino-scrotale gauche est le siège d'une tumeur du volume d'un œuf de dinde, oblongue, dont l'extrémité inférieure descend dans le scrotum, l'extrémité supérieure répondant à l'orifice extérieur du trajet inguinal. La peau est rouge et tendue, comme enflammée. Au toucher la tumeur est dure, rénitente, complètement irréductible; elle s'engage manifestement par son extrémité supérieure dans l'anneau inguinal. Le testicule paraît libre à la partie inférieure de la tumeur; la percussion donne la sonorité d'une anse intestinale. Douleurs vives spontanées, exagérées par la pression. Constipation opiniâtre depuis deux jours, coliques sourdes; léger ballonnement du ventre au niveau de la fosse iliaque gauche et dans la région ombilicale.

Ni nausées, ni vomissements; on ordonne un bain. A onze heures et demie, tentatives de réduction par le taxis, le malade étant placé la tête en bas. Pas de résultat.

A cause d'une blessure de la main, il nous fut impossible de faire l'opération. Immédiatement après notre départ les vomissements des matières liquides et stomacales. En même temps, l'état général s'aggrave. Face grippée, pouls petit, serré, sécheresse de la peau. Refroidissement et teinte cyanique des extrémités. Douleurs abdominales vives.

L'opération était urgente, elle fut pratiquée par un de nos confrères. L'incision faite au scrotum et sur le trajet inguinal permit d'ouvrir le sac, dans lequel on trouva : environ 120 grammes de sang liquide, une forte partie du grand épiploon enflammée et adhérente à l'anneau interne, les adhérences paraissent anciennes; en outre une anse intestinale enflammée, paraissant en très mauvais état et présentant un étranglement très serré dans le trajet inguinal, surtout à l'anneau supérieur. La portion de mésentère qui appartenait à l'anse intestinale herniée était elle-même déchirée et perforée. Bien que l'état de l'intestin et de l'épiploon laissât peu d'espoir de guérison, notre confrère jugea utile de remettre dans l'abdomen

l'intestin et le mésentère, après avoir lié l'épiploon avec un fil de catgut et l'avoir réséqué. Afin de faciliter l'écoulement des liquides, il pratiqua la castration de ce côté. Malgré toutes ces précautions, malgré le soin qu'on eut d'appliquer sur le ventre des sachets de glace, de réchauffer le malade, de lui donner des boissons glacées, la péritonite n'en suivit pas moins son cours et le malade succomba trente-six heures après l'opération.

Autopsie. — La péritonite est due à la propagation de l'inflammation, surtout prononcée sur les anses d'intestin en communication avec celle qui avait été étranglée. On trouve dans le péritoine qui tapisse le petit bassin quelques gouttes de sérosité sanguinolente. L'intestin a été tellement serré, que non seulement l'empreinte de l'étranglement est restée, mais que sur les deux points qui répondaient aux anneaux interne et externe du trajet inguinal, il n'a pas repris son calibre. Sur ces points, les tuniques intestinales sont mortifiées et privées de muqueuse. Le péritoine lui-même est sur le point de se perforer. Le débridement de l'anneau interne fait au moment de l'opération n'a intéressé que du tissu fibreux.

Obs. CCXCI. — *Hernie inguinale congénitale du côté droit. Étranglement depuis vingt-quatre heures. Taxis après chloroformisation. Ponction de la hernie. Chélotomie avec ouverture du sac. Mort. Autopsie : Péritonite généralisée.* — Boutreau (Joseph), vingt et un ans, paveur, entré le 18 mars 1878, salle Sainte-Marthe, 9. — Bonne constitution, pas de maladie antérieure. Hydrocèle congénitale droite. Au dire du malade le liquide rentrait facilement dans la cavité péritonéale et quelquefois aussi le testicule du même côté. N'a jamais porté de bandage. Le 1er janvier 1878, à la suite d'un violent effort, une tumeur du volume d'un œuf de poule apparut brusquement dans la région inguinale droite en déterminant une vive douleur. Jamais pareil accident ne s'était produit. Le malade continua son travail habituel sans observer d'autres symptômes. Il conserva l'appétit, continua à aller à la selle, n'eut ni nausées, ni vomissements. Au bout de deux jours la tumeur disparut spontanément, sans laisser d'autres traces. Le 15 et le 16 mars, travail excessif.

Le 17 après déjeuner, douleurs violentes dans l'aine droite ; la hernie s'est reproduite : nausées, vomissements ; coliques, pas de selles ni de vents. Dans la nuit du 17 au 18, coliques violentes sans selles, les vomissements continuent.

18 *mars.* — État général satisfaisant, pas de facies abdominal, pas de ballonnement. Au-dessus de l'arcade crurale, à droite, et dans le scrotum existe une tumeur du volume d'un œuf de poule, à grosse extrémité située en bas ; le sommet se perd, dans le trajet inguinal. Peau normale, un peu chaude. Tumeur molle rénitente, élastique. Le testicule situé en bas et en arrière fait partie de

la tumeur dont il n'est pas séparable. Légère sonorité. P = 70°. TA = 37°,5. Un lavement procure des selles abondantes et des gaz. Pas de vomissements de toute la journée.

19. — Deux vomissements verdâtres, porracés dans l'après-midi. Ventre ballonné. Coliques. Léger taxis sans résultat. P = 68. T = 37°.

20. — Chloroforme et taxis pendant 15 minutes sans résultat.

Ponction de la hernie avec un troquart ordinaire. On retire environ 60 grammes de liquide séro-sanguinolent. Vomissements verdâtres. Facies grippé. P = 65. T = 37°,5. Tumeur un peu rouge, sans œdème de la peau. Glace. Morphine 2 centigr.

21. — Deux verres d'eau de Sedlitz. Facies grippé. P = 60. T = 36°,4. Vomissements fécaloïdes.

Le malade est chloroformé. Incision couche par couche jusque sur le sac qui paraît violacé, épaissi. Ouverture du sac, qui donne issue à 15 à 20 grammes de sérosité sanguinolente. Il s'agit d'un entéro-épiplocèle. L'épiploon est rouge violacé, et même feuille morte ; à son extrémité il adhère à l'intestin hernié. Celui-ci est congestioné, violacé ; sa surface péritonéale est épaissie et comme dépolie. Nous détruisons les adhérences avec le doigt. L'étranglement s'est fait sur l'anneau inguinal interne. Débridement avec des ciseaux. Le testicule est contenu dans le sac avec l'intestin. Il est du même volume que celui du côté opposé. On l'enlève après avoir mis sur le cordon deux pinces hémostatiques. Ligature métallique sur l'épiploon au-dessus de la portion couleur feuille morte qui est excisée, réduction de l'intestin. Réunion immédiate des lèvres de la plaie à l'aide de six points de suture. Un tube à drainage est placé dans la plaie à la partie déclive. Dans l'après-midi, P = 90. T = 38°, 4. Yeux cernés, ventre ballonné. Quelques vomissements bilieux. Glace sur le ventre, et à l'intérieur opium 10 centigr.

22. — T = 37°, 8. P = 90. Vomissements.

23. — T = 38°, 5. P = 100. Vomissements, même traitement.

24. — T = 39°. P = 100. Vomissements par des selles.

25. — Mort à neuf heures du matin.

Autopsie. — Péritonite suppurée généralisée. Toute la moitié droite sous-ombilicale du feuillet pariétal du péritoine est congestionnée, violacée et tapissée d'exsudat purulent. La partie viscérale présente çà et là quelques grumeaux de pus. L'anse intestinale réduite et couleur feuille morte, dépolie et épaissie. On y remarque une petite perforation. L'épiploon paraît sain. La suture métallique est remontée très haut dans la cavité abdominale. La portion herniée était une portion du cœcum.

Obs. CCXCII. — *Hernie inguinale droite étranglée depuis quarante-huit heures chez un homme de quatre-vingt-deux ans. Chélotomie avec ouverture du sac. Issue de l'épiploon. Mort. Autopsie. Gangrène de l'in-*

testin. — Duhamel (Jacques), quatre-vingt-deux ans, teinturier, entre le 30 juillet 1877, salle Sainte-Marthe, 31. Le malade ne peut préciser depuis quand il a sa hernie. Il portait ordinairement un bandage d'ailleurs assez défectueux; jamais il n'a eu d'accidents de ce côté.

Dimanche matin, 29. — Sans cause connue il éprouve des coliques, puis quelques nausées. C'est seulement dans l'après-midi qu'il vomit véritablement. Il est d'ailleurs assez difficile d'avoir des notions exactes sur les accidents de ce jour-là, vu sa surdité et son état d'affaiblissement intellectuel. On l'apporte à l'hôpital le matin.

Lundi matin, 30. — On trouve : hernie inguinale droite descendue dans le scrotum : grosse comme le poing, tenant à l'abdomen par un pédicule assez large. Elle est pointue par en bas, bosselée, et à son sommet se trouve une saillie arrondie, que la douleur à la pression indique suffisamment être le testicule droit. Tumeur non pâteuse, mais élastique et rénitente, très dure, sonore à la percussion.

Depuis son entrée, le malade a vomi quelques matières bilieuses en petite quantité. Il se plaint de coliques; la pression sur l'abdomen les réveille et est très douloureuse; il n'y a pas eu de selles. On ne peut savoir s'il y a eu émission de gaz par l'anus. Le malade dit qu'il n'était pas allé à la selle depuis plusieurs jours. Pas de ballonnement du ventre, pas de chaleur à la peau; langue un peu épaisse sans sécheresse; pas d'altération des traits. $P = 90$; abattement considérable. On ne peut savoir si la hernie a toujours eu la forme actuelle; il faut s'en tenir à peu près aux symptômes présents. On tente de réduire par le taxis, la tête en bas : aucun résultat. Voyant la forme pédiculée de la hernie, on applique la bande de caoutchouc de Maisonneuve : rien.

Opération à midi. — Incision curviligne à concavité supérieure. Le lambeau est enlevé. On tente la réduction sans ouverture du sac, qui ne réussit pas. On suppose qu'il existe des adhérences; le sac est ouvert.

Anse complète d'intestin grêle, relativement très saine. Quelques adhérences avec le sac, faciles à détacher. On les détruit, on nettoie le sac et on réduit. Sutures métalliques de tout le lambeau; mais on fait une incision verticale à la partie la plus déclive de la plaie. Pansement compressif, avec tampon de compresses au niveau du canal inguinal; le soir, le malade après un lavement huileux va à la selle. Nuit excellente.

Mardi. — Rien localement. La douleur de ventre a disparu.

Mercredi. — Œdème considérable du scrotum. On y fait des mouchetures et on le maintient élevé. La plaie inguinale semblait vouloir se cicatriser d'emblée.

Jeudi. — Incontinence complète des urines et des matières fécales, sans que pour cela l'état général change. Tout va bien localement, la plaie semble réunie. Dans la journée, à la suite d'un effort de toux, issue de l'épiploon à la partie médiane de la plaie qui se désunit à ce niveau.

Vendredi matin. — On trouve l'épiploon sorti ; volume d'un œuf de poule. Il est rosé, bien engaîné à sa base par l'incision curviligne réunie à ses deux extrémités. On se contente d'isoler les parties. Il est difficile de maintenir le malade en grande propreté ; d'ailleurs il mange et boit bien, ne se plaint pas, et rien dans l'état général n'indique la complication locale.

Samedi. — Epiploon congestionné ; il est en outre sorti une nouvelle portion, de manière à former une tumeur cylindrique de 8 à 10 centimètres de long, aucune trace d'inflammation au niveau de la plaie. Même état général ; l'œdème des bourses a disparu.

Dimanche et les jours suivants. — Même état ; les adhérences s'étaient faites complètement autour du pédicule de l'épiploon qui bourgeonnait sans beaucoup suppurer. Pansement à l'alcool. L'état local était excellent. Mais l'état général baisse de plus en plus ; le malade devint complètement gâteux, et malgré les soins et les toniques de toute espèce, il mourut le 19 août, à dix heures du soir, sans autre complication.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on trouve à l'orifice interne du canal une anse d'intestin grêle noirâtre, sur 20 centimètres de long. Pas de trace de péritonite. On incise le canal inguinal. En aucun point l'épiploon n'est libre : les adhérences du pédicule sont complètes et solides ; partout il faut le disséquer par le scalpel.

Obs. CCXCIII. — *Hernie crurale droite étranglée depuis quatre jours. Chélotomie sans ouverture du sac. Gangrène de la cuisse. Mort. Autopsie. Gangrène limitée de l'intestin.* — Tardif (Fr.), cinquante-sept ans, entre le 10 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 50. Cette femme porte une hernie crurale droite depuis une douzaine d'années. Jamais elle n'a mis de bandage. Jamais non plus la hernie ne lui causa d'accidents. Le jeudi 6 décembre, en soulevant quelque chose de lourd, elle ressentit une douleur vive, et comme un craquement dans l'aine droite. Elle fut forcée de se mettre au lit. Aucun médecin ne fut appelé. Le soir, la malade commença à vomir. Elle dit que depuis ce moment elle n'eut plus de selles, et ne rendit plus de gaz par l'anus. Il est assez difficile de savoir exactement comment elle passa les journées de vendredi, samedi et dimanche ; elle ne vit pas de médecin, et dit qu'elle a vomi continuellement depuis le soir du jour où les accidents ont débuté.

Un point sur lequel elle insiste cependant est que, au moment où l'effort se produisit, sa hernie serait tout à coup devenue grosse deux

fois comme à l'état habituel : et que dans la journée même elle aurait diminué de volume pour revenir à son état primitif.

10 *décembre.* — Grande anxiété ; mais point le facies ordinaire de l'étranglement de date ancienne. La bouche est pâteuse, la langue molle et large ; pupilles notablement contractées.

Ventre un peu ballonné, mais sans dureté ; pas de douleur intense à la pression en aucun point. De temps en temps, il y a quelques coliques.

Dans l'aine droite : tumeur, dont le diagnostic n'est pas douteux ; grosseur d'un œuf de poule; sans altération des téguments; à la percussion son pas tout à fait mat; mais à la palpation on n'a pas cette sensation d'élasticité pure que donne l'entérocèle simple. La pression sur la tumeur réveille la douleur abdominale. T = 37°,8. P = 108. Neuf heures du matin. La malade vient de vomir une petite quantité de matières fécaloïdes. On ne peut savoir à quel moment ont commencé les vomissements de cette nature.

Opération. — Incision curviligne, à concavité supérieure, allant de l'extrémité interne à l'interne de la tumeur. Dissection en partie du lambeau supérieur ainsi formé. Pinces hémostatiques sur tous les vaisseaux qui saignent. On arrive sur le sac; il est un peu infiltré, violacé, mais sans trace de gangrène ; aucune odeur de nature suspecte; pas d'infiltration gazeuse du liquide à l'extérieur du sac. Par la palpation du sac, on est amené à supposer l'existence d'une anse intestinale, entourée d'une faible couche d'épiploon.

Le doigt est glissé entre le collet du sac sur l'anneau et l'on reconnaît que l'étranglement a pour siège le *fascia cribriformis.* On détache cet anneau accidentel avec le doigt seulement. Ce taxis est pratiqué directement sur le sac, et l'intestin se réduit peu à peu avec gargouillement. Il doit rester dans le sac une partie mollasse d'épiploon. Pendant qu'un aide maintient le sac appliqué sur l'anneau avec le doigt, on pratique des sutures métalliques sur les deux tiers supérieur et externe de la plaie. La partie inférieure est laissée libre, on y met un tube de caoutchouc.

Pansement à l'alcool; compression ouatée. Deux heures après l'opération selles liquides abondantes et répétées, sans purgatif, ni lavement. La malade est calme. T S = 38°,5.

Mardi matin. — T = 39°6. P = 116. La diarrhée a continué une partie de la nuit et la malade est encore salie par les matières liquides. Langue un peu sèche ; peu de douleur ; pas de ballonnement du ventre ; il n'y a pas eu de vomissement depuis l'opération. S = 39°.

Mercredi matin. — P = 100 à 104. T = 38°,6. Langue plus humide. Diarrhée à peu près arrêtée. Pas de ballonnement du ventre. Douleur

localisée au-dessus du ligament de Fallope, au niveau de la hernie. Pas de gonflement autour de la plaie. S = 38°,5.

Jeudi matin. — T = 38°,2 P = 100. Bon état général : la plaie n'offre aucun gonflement. Mais au-dessous du pli de l'aine, apparaît une rougeur livide, séparée de place en place par une large zone de tissu sain. Il n'y a pas de gonflement notable. S = 39°,3.

Vendredi matin. — T = 38°,4. P = 112. Aucun gonflement de la plaie, aucune trace de rougeur à ce niveau. Il ne s'écoule que peu de liquide séro-purulent par le tube. Mais la rougeur érythémateuse d'hier s'est étendue rapidement à la moitié supérieure de la cuisse. De plus, au niveau du triangle de Scarpa, on voit une large plaque violacée, insensible à la piqûre; mais qui ne s'étend nullement vers la plaie. L'état général est subitement devenu très mauvais. La langue est sèche, fendillée ; la respiration très rapide. S = 39°.

Samedi matin. — La gangrène s'étend vers la cuisse, mais n'atteint pas la plaie. Sur la rougeur se voient des réseaux veineux bien dessinés et rouge violacé; langue très sèche; subdelirium continuel. P = 120. T = 29°,1. Soir : grande agitation ; sur le reste du membre se développent d'autres plaques violacées. T = 40°,6. Mort à dix heures du soir.

Autopsie. — Trente-six heures après la mort. Les deux membres, sauf les bras, et la partie antérieure du tronc, sont couverts de lignes sinueuses rouges, indiquant les veines sous-cutanées. La gangrène est remontée jusqu'à la plaie; toute la racine de la cuisse est recouverte d'une phlyctène affaissée, au-dessous de laquelle le derme est noirci et humide. La plaie est désunie ; ouverture de l'abdomen : trace de péritonite même localisée. Mais l'intestin rentré est fixé à l'anneau juste assez pour l'obturer. Il est libre partout ailleurs, et n'offre aucun exsudat en dehors des adhérences légères qui le tiennent à l'anneau.

La partie herniée correspond à 1 mètre et demi de cœcum. On l'enlève entre deux ligatures, et l'on constate, au point même qui était fixé à l'anneau interne du canal crural, l'existence d'une perforation large de un demi-centimètre, dont les bords, à l'extérieur, sont recouverts par des exsudats très limités qui le fixaient à l'anneau ; on ouvre l'intestin et on trouve une large plaque de 3 centimètres, arrondie, sur le bord de l'intestin, molle et friable, noirâtre mais sans perte de substance; autour, la muqueuse est soulevée et infiltrée de gaz dans une étendue de plusieurs centimètres. — Toute la fosse crurale de la cuisse est infiltrée de bande noirâtre, et l'on trouve le sac perforé à sa partie la plus déclive. Il n'y avait pas trace d'épiploon dans le sac ; cette membrane séreuse examinée dans l'abdomen, n'offre en aucun point l'aspect d'un épiploon qui aurait séjourné dans la hernie étranglée, et aurait été réduit pendant l'opération.

Obs. CCXCIV. — *Hernie crurale gauche. Etranglement depuis trois jours. Trois tentatives infructueuses de réduction en ville. Chélotomie avec ouverture du sac. Mort. Autopsie : Péritonite du sac et du petit bassin.* — Greweldinger (Anne), quarante-neuf ans, femme de ménage, entre le 27 juillet 1878, salle Sainte-Marthe, 41. Depuis deux ans elle portait un bandage pour une hernie crurale gauche, qui ne rentrait pas complètement : elle n'avait jamais eu d'accidents, lorsqu'il y a trois jours, après une grande fatigue, la hernie devint plus volumineuse et s'accompagna de douleurs vives dans l'abdomen. Le lendemain un médecin fait trois tentatives infructueuses de réduction. Le troisième jour, exagération des mêmes symptômes.

A son entrée on constate l'état suivant : Au-dessous de l'arcade crurale gauche, à la partie interne du pli de l'aine et en dedans de l'artère fémorale, tumeur du volume d'une orange. Peau violacée chaude et œdématiée. Au toucher la tumeur est marronnée, irréductible, douloureuse à la pression, fluctuante, et paraît sous-cutanée. Symptômes généraux d'étranglement : ventre ballonné, constipation opiniâtre, nausées et vomissements de matières. La malade garde le décubitus dorsal, face grippée. La peau est froide, couverte d'une sueur visqueuse. Pouls filiforme, irrégulier.

Chélotomie faite par M. Benoist, interne du service.

La malade est chloroformée. Incision couche par couche, suivant le grand axe de la tumeur des tissus cutanés et sous-cutanés qui sont infiltrés et gangrenés. Le sac, ouvert avec les précautions ordinaires laisse s'écouler environ 60 grammes de liquide séreux et quelques bulles de gaz : il est noirâtre. Derrière le liquide on trouve une petite portion d'épiploon violacée, puis l'anse intestinale dont la paroi est œdémateuse, violacée, parsemée de taches noirâtres. Pendant l'opération cinq ou six pinces hémostatiques sont appliquées sur les vaisseaux. L'indicateur gauche enfoncé dans la cavité du sac permet de reconnaître que c'est le collet qui est l'agent d'étranglement.

Après le débridement, on attire une portion d'intestin qui présente, comme l'anse étranglée, une couleur violacée très prononcée. L'intestin est réduit, mais on laisse en dehors la portion épiploïque.

Quatre sutures métalliques avec un drain situé dans la partie la plus déclive de la plaie pour permettre le libre écoulement des liquides.

Compresses imbibées d'eau fraîche, maintenues en permanence sur la plaie. Glace sur l'abdomen.

28 *juillet*. — La malade a eu une selle provoquée par l'administration de 15 grammes d'huile de ricin. Le ventre est ballonné. Vomissements bilieux. On continue la glace sur le ventre. 2 centigr.

d'extrait thébaïque toutes les deux heures. P = 100. T = 38°,5. La peau est couverte de sueur.

29. — Vomissements abondants. Prostration de la malade, pouls petit filiforme à 99. T = 38. La plaie donne un liquide séreux mêlé de pus. On enlève les points de suture. Même traitement.

A huit heures du soir, hocquet, la malade meurt dans la nuit. L'autopsie incomplètement faite a révélé une péritonite de tout le petit bassin avec gangrène de l'intestin.

Obs. CCXCV. — *Hernie crurale gauche étranglée depuis trois jours. Chélotomie avec ouverture du sac. Mort dans un accès de dyspnée.* — Th. (Marguerite), soixante-dix-huit ans, entre le 23 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 47. La malade ignorait absolument qu'elle avait une hernie. Jamais elle n'a rien éprouvé qu'on pût attribuer à sa présence, avant les accidents actuels. Elle avait des selles très régulières, une fois par jour.

21 *novembre*. — Sans cause connue, dit-elle, elle se trouve mal à son aise et les symptômes qu'elle dit avoir éprouvés semblent se rapporter à un embarras gastrique. Cela dura deux jours et demi ; elle eut des selles comme d'habitude le matin; le lendemain elle n'alla pas à la garde-robe. Dans l'après-midi survinrent des coliques, des nausées, et le soir, des vomissements, d'abord de glaireux, puis jaunes, puis vert foncé, mais sans odeur désagréable.

On apporta la malade à l'hôpital le 23 vers six heures et demie du soir ; elle vomissait constamment un liquide verdâtre.

Embonpoint considérable. La paroi abdominale distendue se rabat sur la racine des cuisses comme un véritable tablier qu'il faut relever pour examiner la région inguinale.

Dans l'aine gauche, tumeur grosse comme une noix, ayant tous les caractères d'une hernie crurale.

On essaye le taxis simple, puis avec le chloroforme, et la tête placée tout à fait en bas, mais sans succès. On applique de la glace sur la région. La malade vomit encore une partie de la nuit.

La malade examinée avant l'administration du chloroforme présentait un souffle cardiaque, avec de l'œdème assez étendu des membres inférieures, et des râles pulmonaires aux deux bases.

Incision courbe à convexité inférieure; dissection du lambeau en mettant des pinces sur les vaisseaux; elles servent de rétracteurs. On arrive sur le sac. Il s'agit d'une entérocèle pure ; en raison du peu de durée probable de l'étranglement, on essaie la réduction sans ouverture du sac : le doigt est introduit entre le colletet les parties voisines.

L'étranglement a pour agent extérieur le ligament de Gimbernat, et on refoule le plus possible ce faisceau fibreux en dedans, au moyen d'un instrument mousse, jusqu'à ce que la rentrée de l'intestin puisse

se faire. Le taxis pratiqué sur le sac fait rentrer à peu près la moitié de la tumeur, mais le reste demeure irréductible, même en mettant la malade la tête en bas.

On fait au sac une incision suffisante pour introduire deux doigts dans la cavité et l'on constate que le collet lui-même joue, par son épaississement, un rôle dans l'étranglement. On dilate alors ce collet avec l'extrémité de l'index, et l'intestin est réduit avec toutes les précautions désirables. Le sac contenait un peu de liquide séro-sanguinolent, mais l'anse d'intestin était dans les meilleures conditions pour la réduction. Dès que celle-ci est terminée, il s'écoule constamment par le sac des liquides ascitiques.

On prolonge l'incision courbe au moyen des ciseaux, jusqu'au pli de l'aine, de façon à ce que cette incision secondaire soit le point le plus déclive de la plaie, pour l'écoulement des liquides. On réunit la partie supérieure et externe au moyen d'épingles et de la suture entortillée. On passe des fils métalliques qui transfixent le sac, de manière à affronter ses deux parois et à le comprendre en partie dans la plaie. La partie la plus déclive de celle-ci est laissée libre; on enfonce sur cette surface un tube en caoutchouc.

Pansement à la charpie alcoolisée; bandage doublé d'une forte couche d'ouate par la compression au niveau du canal.

Vers deux heures de l'après-midi, la malade a une première selle, sans lavement.

Deux autres eurent lieu dans la journée; pas un vomissement depuis l'opération. Aucune souffrance dans le ventre; mais la malade est tourmentée par son catarrhe bronchique.

25. — Anxiété très vive; la malade se plaint continuellement, et cependant le ventre n'est nullement douloureux; aucune trace de ballonnement. Rien de spécial du côté de la plaie, mais l'enflure des jambes a augmenté, le pouls est fréquent et irrégulier. T = 39°,8.

La malade n'a point de selles dans la journée. Pas d'envie de vomir. Aucun trouble abdominal; l'anxiété est calmée; la malade a causé assez tranquillement avec des personnes de sa famille. T S = 38°,8.

Dans la soirée l'anxiété revient; la respiration s'accélère. La malade meurt à cinq heures du matin, avec tous les symptômes de l'asphyxie. Aussitôt après la mort, la bouche et les fosses nasales se sont remplies de liquide spumo-sanguinolent.

2° *Gros intestin*, *rectum et anus.*

L'observation CCXCIV renferme l'histoire d'une péritonite partielle consécutive à une double perforation du

cœcum. Cette lésion était survenue à la suite d'un traumatisme donnant rarement lieu à de semblables accidents : Le malade avait été frappé dans le flanc droit par le timon d'un charrette.

Le diagnostic, de la nature de l'occlusion intestinale rapportée dans l'obs. CCXCVIII, était assez difficile : Jamais le malade n'a eu ni dysentérie, ni fièvre typhoïde ; il n'est ni tuberculeux ni syphilitique, nous pouvons donc croire que le rétrécissement n'est pas dû à une rétraction cicatricielle des tuniques ou de la muqueuse intestinales. Il n'y a pas dans l'abdomen et dans le bassin de tumeur solide; par conséquent on ne peut songer qu'il tienne à la compression. L'obstruction de la cavité par des concrétions intestinales ne peut pas non plus être invoquée, en raison de la perméabilité de l'intestin à certaines périodes de l'affection. On pourrait croire à une altération des parois (hypertrophie simple, production cancéreuse, excroissance polypiforme), ou à une invagination, à un volvulus. Mais la longue durée du mal semble en contradiction avec la plupart de ces causes. Quant au cancer et au polype en particulier, le malade n'a jamais rendu de sang. Il ne présente aucun signe de la cachexie cancéreuse. Nous pensons donc que l'obstruction est due à la présence de brides péritonéales anciennes, sur l'origine desquelles il est difficile de se prononcer faute de renseignements précis, mais qui, selon toute probabilité, sont dues à une péritonite chronique. Quant au siège du rétrécissement, il n'est ni dans le rectum ni dans les dernières parties du côlon : une sonde œsophagienne introduite par l'anus pénètre de toute sa longueur dans l'intestin. Notre confrère le Dr Saison a profité de ce fait pour injecter des liquides gazeux, sans obtenir de matières fécales. D'autre part, comme c'est toujours au voisinage des deux fosses iliaques que commencent les contractions spasmodiques et la dilatation de l'intestin; comme cette tuméfaction apparaît plus prononcée à gauche de la ligne médiane; nous avons tout lieu de croire que c'est sur l'une de ces régions que siége le principal obstacle. Il est probablement à droite

sur la dernière portion de l'intestin grêle, c'est-à-dire assez près du cœcum pour que la plus grande partie des aliments ait pu être digérée et subvenir pendant de longues années à la nutrition. Nous nous décidons à proposer au malade, comme ressource extrême, l'entérotomie. Il succomba vingt-quatre heures après l'opération sans que rien fît prévoir cette terminaison.

Nous n'avons rien à ajouter sur les rétrécissements du rectum, leurs causes et leur traitement, les différentes questions qui s'y rattachent ayant été traitées en détail dans une de nos leçons (p. 162).

Au contraire deux tumeurs de mauvaise nature de l'anus ou de son voisinage ont présenté des particularités assez curieuses. La première (obs. CCCIII) est relative à un ouvrier maçon âgé de trente-cinq ans, sans antécédents cancéreux héréditaires. Six mois avant son entrée il éprouve des troubles intestinaux caractérisés surtout par ces alternatives de constipation et de diarrhée; puis il remarque que les selles deviennent sanglantes. A partir de ce moment la sténose rectale augmente, s'accompagne de ténesme, de pesanteur et en dernier lieu de l'écoulement continu d'un liquide ichoreux et sanguinolent par l'anus. Au moment où ce malade entra dans nos salles, nous vîmes que la limite inférieure du rétrécissement descendait jusqu'à deux cent. de l'orifice anal et s'étendait à trois cent. en haut. Après avoir reconnu qu'il s'agissait d'un épithélioma nous nous mîmes en mesure d'en pratiquer l'ablation. Par suite du siége et du volume de la tumeur, cette opération présentait des difficultés tenant au voisinage du péritoine, aux rapports de la paroi antérieure du rectum avec les organes contenus dans le petit bassin et particulièrement la prostate, enfin à l'étroitesse du champ de l'opération. Le péritoine est distant d'une phalange des limites supérieures du mal; cet espace suffit pour nous permettre d'enlever de ce côté, avec la production épithéliale, une certaine quantité de parties saines, sans attaquer la séreuse. Il est vrai qu'une inflammation de voisinage pourra produire



la complication que nous cherchons à éviter, mais l'état du malade est tellement désespéré que nous ne devons pas reculer devant cette menace. Nous éviterons d'atteindre la prostate, en ne dépassant les parois du rectum qu'autant qu'elles seraient envahies par l'infiltration cancéreuse. Pour obvier aux obstacles qui résultent de la forme même du rectum, on peut faire, en arrière de l'anus, une incision préliminaire, sur la ligne médiane dans la direction du coccyx ; il n'y a pas de ce côté d'organes tellement importants, qu'on ne puisse prendre cette précaution. Nous avons plusieurs fois, dans le même but, fait une incision antérieure périnéale chez l'homme et nous en avons retiré les plus grands avantages. Nous donnerons la préférence au thermo-cautère qui donne moins de sang. Après avoir présenté pendant les quatre jours qui suivirent l'opération un état satisfaisant, le malade mourut très rapidement avec des symptômes de péritonite généralisée. L'autopsie nous montra la cause de cette complication : la tumeur rectale n'était qu'une des localisations de dégénérescence cancéreuse presque générale ; il y avait des noyaux dans le foie, dans le péritoine et c'était autour de ces derniers que s'étaient développés les foyers inflammatoires à marche suraiguë.

Dans l'observation suivante, les choses se passèrent d'une manière analogue : Nous enlevons avec le thermo-cautère un épithélioma circumanal, très limité en apparence, et qui ne paraît pas envoyer le plus petit prolongement dans le rectum. La plaie guérit et tout paraît fini. Six mois plus tard l'opéré rentre à l'hôpital, avec une énorme tumeur des ganglions inguino-cruraux. Il mourut par cachexie neuf mois après l'opération. Il s'agissait plutôt d'une continuation du processus primitif que d'une récidive vraie et à l'époque où nous enlevâmes la tumeur du voisinage de l'anus, l'infection s'était déjà étendue par les lymphatiques assez loin pour être hors de toute atteinte. A l'autopsie nous trouvâmes les ganglions rétro-péritonéaux envahis, les reins et le foie en état de dégénérescence graisseuse.

Obs. CCXCVI. — *Contusion de l'abdomen. Mort vingt-quatre heures après. Autopsie : Perforation du cæcum. Péritonite suraiguë.* — Toupet (Jean-Jules), trente-quatre ans, charretier, entre le 13 août 1877, salle Saint-Augustin, 9. Cet homme très robuste a été tamponné hier au soir par le timon de son charriot. Le coup a porté directement sur le ventre au niveau de la fosse iliaque droite. Le malade est tombé et n'a pu se relever. Toute la nuit il a éprouvé de violentes douleurs avec coliques dans le ventre. Il a eu des vomissements de matières alimentaires jusqu'au matin et n'a pas uriné.

13 *août.* — A sept heures et demie du matin : ballonnement du ventre, sonorité tympanique. La trace du coup de timon est marquée sur la paroi abdominable au niveau de la fosse iliaque droite par une légère excoriation à raies transversales et par une ecchymose à peine apparente. Le malade est couché sur le côté droit, les jambes et les cuisses fléchies. Face pâle ; respiration difficile ; pouls petit, à peine sensible ; peau froide. La pression de l'abdomen est douloureuse, principalement au niveau de la fosse iliaque droite. Le malade pousse des cris quand on appuie ; a encore vomi de la matière verdâtre ; glace sur le ventre. Potion de Todd. Lavement purgatif. L'oppression ne fait qu'augmenter dans la journée. A une heure le malade est pris d'une syncope. Le facies devient grippé. Les extrémités se refroidissent. Sueurs froides. Mort à trois heures du soir.

Autopsie, quarante heures après la mort. — Marbrures sur toute la surface du corps. A l'ouverture de l'abdomen, des gaz fétides s'échappent d'abord de la cavité péritonéale. Dans l'épaisseur de la paroi, mais seulement à droite et entre les muscles, épanchement sanguin de plus de un centimètre d'épaisseur, et remontant en haut jusqu'au-dessus de l'ombilic. L'incision cruciale de la paroi abdominale donne issue à environ deux litres de liquide rougeâtre, épais.

Coloration rougeâtre du grand épiploon qui est injecté d'une manière inégale. Inférieurement le grand épiploon est fixé à la face profonde de la paroi abdominale et au cæcum au niveau de la fosse iliaque droite par des brides fibreuses anciennes.

En soulevant le grand épiploon qui recouvre le cæcum, on voit que celui-ci présente à sa partie antérieure une perforation à peu près régulière de la grandeur d'une pièce de deux francs. Seconde perforation moins étendue en dedans. Par ces deux perforations les matières fécales se sont répandues dans la cavité péritonéale. Le cæcum adhère aussi au grand épiploon. De même le côlon ascendant. Les anses de l'intestin grêle agglomérées présentent sur leur face antérieure seulement un piqueté rougeâtre très fin et très serré. Coloration framboisée. Toutes ces anses sont réunies entre elles par des dépôts fibrineux qui ne sont pas encore adhérents. La péritonite n'a pas gagné les anses supérieures qui sont simplement dilatées.

Le côlon dans ses différentes parties n'est pas hypérémié. Pas de dépôts à la surface du foie qui baigne simplement dans le liquide péritonéal. Quelques fragments ténus de matières fécales. L'estomac dilaté est à peine hypérémié. Reins hypérémiés. Un petit kyste sur la substance corticale du rein droit. Congestion de la substance corticale et des pyramides.

Poumons. — Les deux poumons sont réunis à la paroi thoracique, surtout au niveau du bord postérieur par des adhérences fibreuses anciennes. Dans la plèvre droite il y a une petite quantité de sang épanché.

Les poumons sont très congestionnés dans les parties déclives. — Pas de noyaux de pneumonie. Cœur gorgé de sang noir coagulé. Imbibition cadavérique des deux endocardes.

Obs. CCXCVII. — *Fistule stercorale, consécutive à une opération de hernie étranglée. Tentative de suture. Insuccès.* — Daras (Florent), cinquante-huit ans, valet de chambre, entre le 18 mars 1878, salle Sainte-Marthe, 13. Sujet vigoureux, bien constitué. Pas de maladies graves jusqu'à quarante-trois ans. En 1868, pendant qu'il soulevait un lourd fardeau, il éprouva tout à coup une vive douleur au-dessus de la région inguinale gauche; en portant la main dans cette région, il constate à deux travers de doigt au-dessus du pli de l'aine, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, qui n'existait pas antérieurement. Dans la journée, il eut des coliques et des nausées et ne put aller à la garde-robe, néanmoins il continua à vaquer à ses occupations. Les jours suivants, la tumeur augmenta considérablement de volume et devint très douloureuse. Le malade fut obligé de garder le lit. Coliques sourdes, tympanisme, constipation opiniâtre. Vomissements, ilieux, alimentaires, puis fécaloïdes, sueurs froides, visqueuses, cyanose de la face, refroidissement des extrémités. Un médecin constata l'existence d'une hernie étranglée du volume du poing. Opération trois jours après l'accident sans que le malade fût chloroformié. Au dire de celui-ci, l'intestin fut divisé accidentellement par le bistouri sur une étendue de un centimètre; aussitôt des gaz et des liquides s'échappèrent par les lèvres de la plaie. Malgré cet accident la hernie fut réduite, mais on eut soin de fixer les bords de la plaie intestinale anx parois abdominales, à l'aide de deux fils. Les accidents d'étranglement cessèrent à la suite de l'opération, mais les jours suivants, la plaie de l'intestin s'agrandit en donnant issue aux excréments. Les matières stercorales continuent à s'écouler d'une manière intermittente par l'anus contre nature. Bientôt la muqueuse intestinale vint faire hernie entre les lèvres de la plaie. Au bout de six semaines l'entérotomie fut pratiquée par le Dr Josse à Amiens, par le procédé de Nélaton, la pince resta en place pendant quatre jours. A partir de ce moment les matières reprirent leur

cours ; seuls des gaz continuèrent à s'échapper par l'anus contre nature. Peu à peu le diamètre de celui-ci diminua. Le malade portait un pelote appropriée, et prenait soin d'entretenir la liberté des intestins par des lavements. Néanmoins, une ou deux fois par mois, une sorte d'engorgement se produisait au niveau de la fistule, le malade éprouvait quelques coliques, du métérorisme, mais sans nausées ni vomissements ; tout se terminait par une débâcle. Pendant neuf ans il n'eut pas d'autres accidents et put accompagner son maître dans ses voyages. Durant une traversée il fut pris du mal de mer et eut des vomissements ; violents sans qu'aucune complication survînt du côté des intestins. La plaie entéro-abdominale était alors réduite à une fistulette très étroite. Il y a trois ans, un abcès stercoral se forma à ce niveau, et s'ouvrit spontanément en laissant à sa place une plaie qui au lieu de cicatriser prit peu à peu les caractères d'une ulcération. Ce dernier accident nécessitant un pansement plus compliqué empêcha le malade de continuer ses occupations et le détermina à entrer à l'hôpital.

28 *mars*. — Dans la fosse iliaque gauche correspondant, ulcération située à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, à quatre en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Elle est régulièrement arrondie et mesure trois centimètres de diamètre. La surface est pâle rosée, granuleuse et hérissée de petits bourgeons charnus peu vivaces. Les bords s'élèvent de deux millimètres au-dessus du fond ; ils sont constitués par une membrane cicatricielle blanchâtre et comme décolorée par la macération. Ces bords sont décollés de 1 millimètre sur la plus grande partie de la périphérie, de deux millimètres du côté interne de l'ulcération. Au pourtour de celle-ci on voit un tissu de cicatrice, gaufré dont les plis s'étendent en rayonnant dans les régions voisines. Au côté interne de l'ulcération se trouve la fistule stercorale. L'orifice est irrégulièrement arrondi, de un centimètre de diamètre. Entouré, de toutes parts, par des bourgeons charnus, il est encore tapissé par la muqueuse de l'intestin enflammée et un peu épaissie. Cette muqueuse est facile à apercevoir sur la moitié interne de l'orifice fistuleux ; elle l'est beaucoup moins au côté externe. La fistule livre passage à des gaz et à une faible quantité de mucus jaunâtre coloré par les selles, et tachant légèrement les pièces de pansement.

30 *mars*. — Chloroforme. Nous disséquons la muqueuse intestinale sur tout le pourtour, en ayant soin de ne pas empiéter sur la tunique musculeuse. Cette dissection est rendue difficile par la friabilité de la muqueuse, surtout au côté externe de l'orifice où cette dernière est très difficile à apercevoir. Dès que la muqueuse a été disséquée, sur une hauteur de un centimètre, nous la retournons vers la cavité de l'intestin, de façon que sa surface saignante regarde l'extérieur, et nous

rapprochons ensuite les parties latérales du trajet, qui ont été avivées par le fait du décollement de la muqueuse, et nous maintenons en contact ces tissus saignants au moyen d'une suture. Le procédé de suture auquel nous donnons la préférence est celui que Heppner a appliqué à la périnéoraphie, c'est-à-dire au moyen d'épingles fines et de fils métalliques. A l'aide de deux aiguilles enfilées séparément, nous prenons alternativement en forme d'S les bords opposés de la plaie qu'il s'agit de suturer (Voy. Cl. de 1876, p. 287, fig. 78).

La suture terminée, nous avons à chaque extrémité de l'orifice affronté les chefs libres de chacun des fils. Nous nous en servons pour exercer une légère traction suivant leur longueur. Les deux chefs de chaque bout sont ensuite fixés sur la peau avec un morceau de tarlatane collodionnée. Nous aurions voulu apporter un couvercle de tégument avivé à la surface, mais le grand volume de la hernie sous-jacente et le défaut de téguments ne nous le permettent pas. A notre grand regret le malade a voulu être endormi ; l'opération terminée, les vomissements chloroformiques repoussent le sac herniaire qui exerce un tiraillement fâcheux sur notre suture et menace de la rompre. Les jours suivants, le malade ne prend aucune précaution, il enlève son pansement, tiraille les fils. Le troisième jour, nos fils sont presque complètement arrachés par son imprudence. Nous rapprochons à distance les lèvres opposées de l'ulcère à l'aide d'un fil métallique, dans le but de maintenir en contact les bords de la fistule, mais cette précaution reste sans résultat par suite d'une accumulation de matières et de gaz dans la portion de l'intestin sous-jacente à la fistule. Cet engorgement se reproduisant à intervalles rapprochés, tous les huit ou quinze jours, malgré le soin que nous prenons d'entretenir continuellement la liberté des selles par des lavements ou de légers purgatifs, est le principal obstacle à la guérison. Pendant deux mois, nous cautérisons régulièrement les bords de la fistule et la surface de l'ulcération avec le nitrate d'argent et nous faisons un pansement unissant, sans obtenir de résultat plus satisfaisant. L'emploi de l'onguent styrax appliqué à la surface de l'ulcération pour en exciter la vitalité, ne nous réussit pas davantage. Dans les intervalles des périodes d'engorgement, le diamètre de l'ulcération diminue, puis surviennent la distension de l'intestin, le ballonnement du ventre, les efforts de vomissements, et le peu que l'on a gagné est détruit. Le malade est encore dans nos salles le 31 décembre 1878. L'ulcération et la fistule ont sensiblement les mêmes dimensions et le même aspect qu'au moment de l'entrée.

Obs. CCXCVIII. — *Occlusion intestinale due à des membranes de péritonite chronique. Entérotomie. Mort subite dans la nuit du deuxième au troisième jour.* — Ballech (Louis), quarante ans, mécanicien, entre

le 9 mars 1877, salle Saint-Augustin. Pas d'antécédents syphilitiques ou tuberculeux. Aucune maladie grave jusqu'à l'âge de vingt ans. A cette époque, apparurent, sans causes connues, des troubles intestinaux qui s'accentuèrent progressivement. C'était, au début, une constipation opiniâtre, des douleurs vagues dans l'abdomen, du météorisme et des gargouillements. En 1872, ces accidents s'accompagnèrent de vomissements alimentaires, puis fécaloïdes; les selles disparurent complètement. Des purgatifs répétés eurent raison de ces symptômes; les selles revinrent, et le malade se rétablit. Bientôt, les mêmes accidents se reproduisirent avec plus d'intensité, les vomissements devinrent plus fréquents, les douleurs plus vives, les forces diminuèrent, l'état général s'aggrava.

9 *mars*. — Le malade n'a pas eu de garde-robe, depuis un mois il ne rend par l'anus ni gaz, ni liquides, les vomissements fécaloïdes se succèdent à de courts intervalles. Remarquons toutefois que ces vomissements ne se sont pas produits depuis l'entrée à l'hôpital. De quart d'heure en quart d'heure surviennent des accès, caractérisés par de violentes coliques et l'apparition de tumeurs dans les fosses iliaques droite et gauche; cette dernière est toujours plus volumineuse, plus sensible, le malade y porte instinctivement la main. Sensation de barre au-dessus de l'ombilic. La palpation ne révèle la présence d'aucune tumeur, mais détermine des gargouillements et de la douleur au niveau des saillies iliaques. La percussion donne alors une sonorité très nette. Puis surviennent des coliques, le malade croit, en vain, évacuer des garde-robes; les coliques cessent, le calme se rétablit. En dehors de ces périodes le ventre est uniformément ballonné; il existe des borborygmes, et la palpation ne détermine que des douleurs vagues et mal localisées. Le facies est caractéristique, les pommettes sont violacées; cyanose des lèvres et des ailes du nez. Vingt-quatre heures après son entrée dans nos salles nous constatons du refroidissement des extrémités. L'examen attentif des différentes régions nous démontre qu'il n'existe pas de hernie. L'apyrexie et l'absence complète des selles écartent l'idée d'une péritonite. D'autre part, les douleurs ne sont jamais aussi marquées dans la constipation simple. Nous sommes donc en présence d'une obstruction intestinale. Reste à en déterminer la nature et le siège afin de diriger notre traitement dans une voie certaine.

10 *mars*. — Chloroforme. L'opération est pratiquée un peu en dedans du lieu d'élection, en prévision du cas où l'obstacle se rapprocherait du côté gauche, afin de pouvoir le reconnaître plus facilement et au besoin d'attirer en les dégageant les anses d'intestin les plus dilatées. L'événement justifia notre conduite; en effet, dès que les parois abdominales, y compris le feuillet péritonéal, eurent été incisées, nous trouvâmes que les anses de l'intestin grêle

étaient réunies par des membranes dues à une péritonite chronique. Les anses les plus rapprochées du cœcum étaient vides ; il fallut les suivre jusqu'au voisinage de la ligne médiane, pour trouver les anses dilatées. Un écoulement de liquide ascitique assez abondant, les caractères des fausses membranes qui étaient plus multipliées au niveau des anses dilatées, l'aspect des anses elles-mêmes, démontrèrent que l'obstacle était dû à une péritonite chronique ancienne et qui, à plusieurs reprises, avait empêché les intestins de fonctionner. Après avoir attiré doucement ces anses et rompu, aussi loin que possible avec l'index, les membranes qui les agglutinaient, nous attirâmes une anse dilatée, la plus basse et la plus proche de notre incision, à laquelle nous la suturâmes avec six points de fil métallique. Nous fixâmes d'abord l'intestin par deux points de suture placés aux extrémités de l'incision. Ceci fait, nous plaçâmes quatre fils métalliques dans l'intervalle ; les derniers fils passaient assez profondément à travers les tuniques intestinales et nous suivîmes d'abord en cela, les règles tracées par Nélaton. Pour passer ces fils, nous nous sommes servi de l'aiguille à mouche dont nous faisons usage depuis nombre d'années dans l'ovariotomie, la périnéoraphie, etc. L'incision de l'intestin put être faite, sans que nous soyons gêné, comme cela arrive quelquefois, par un jet de matières fécales. De sorte que l'opération fut faite régulièrement, et sans que le péritoine ait été souillé. Suivant son désir, après son réveil, le malade fut transporté chez lui et confié aux soins du D[r] Saison. Les suites immédiates furent des plus heureuses ; le malade rendit des matières fécales par la plaie, et tous les accidents disparurent sans qu'il y eût de fièvre. Le pouls ne dépassa pas quatre-vingts pulsations, la température 38°. Dans la nuit du deuxième au troisième jour, il fut tout à coup pris d'agitation. Potion calmante prescrite pour vingt-quatre heures. Quelques heures après, le malade mourut subitement, alors que rien ne pouvait inspirer d'inquiétude.

Obs. XCCCIX. — *Imperforation du rectum et vice de conformation des organes génitaux. Anus contre nature artificiel.* — On apporte à notre clinique du 14 décembre 1876, un enfant chétif né à terme la dernière nuit, ayant au plus le volume d'un fœtus de six à sept mois. Nous constatons une imperforation de l'anus qu'un de nos confrères a en vain cherché à vaincre à l'aide d'une incision cruciale profonde de trois centimètres. Il existe en même temps une atrophie du scrotum et de la verge. Celle-ci est le siège d'un épispadias qui s'étend jusqu'à la symphyse pubienne, elle rappelle plutôt le clitoris que le pénis ; pas de testicules dans le scrotum. Le ventre est tendu, ballonné, douloureux. Le facies exprime la souffrance. L'enfant pousse des cris plaintifs, il est tellement faible que nous considérons une opération entreprise dans de pareilles conditions

comme devant être suivie de terminaison fatale. Cependant la mère insiste pour qu'on tente non pas de retrouver le rectum, ce qui a été essayé sans succès, mais bien d'établir un anus contre nature. Nous commençons par explorer dans la direction des ischions et du coccyx l'incision cruciale qui a été faite et nous constatons que les ischions sont juxtaposés, qu'il n'y a pas un millimètre d'intervalle entre eux. Le pubis placé transversalement s'en rapproche beaucoup plus qu'à l'état normal. Le coccyx paraît atrophié, comme bifide ; c'est à ce niveau que le toucher fait éprouver la sensation de parties molles, mais nullement tendues même pendant les cris de l'enfant. Nos recherches ayant confirmé l'inutilité des tentatives faites de ce côté, nous nous décidons à faire l'anus contre nature par la méthode lombaire de Callisen. Nous commençons par tracer à l'encre, les lignes qui représentent le bord inférieur des fausses côtes, le bord supérieur de l'os iliaque, le bord externe de la masse sacro-lombaire, l'interstice du carré des lombes et des muscles préabdominaux. Muni de ces points de repère nous faisons au niveau de ces derniers une incision verticale de quatre centimètres allant de l'os iliaque au rebord des fausses côtes. Nous coupons la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, en passant dans cette couche, nous coupons transversalement quelques fibres du grand oblique, du petit oblique et du transverse, de façon à être bien assuré de distinguer la face postérieure du gros intestin. La couche musculaire est à peine traversée que nous voyons les tissus cellulaire de l'atmosphère du rein faire hernie au dehors, sous forme de petite saillie jaunâtre que nous écartons doucement avec le doigt. Aussitôt après se présente une saillie verticale qui n'est autre que le bord antérieur du rein, reconnaissable à sa consistance ferme et sa couleur rouge. Il faut un peu d'attention pour bien le reconnaître sans faire trop de dégâts. Nous le repoussons doucement en arrière avec un rétracteur et nous trouvons immédiatement en avant le côlon descendant distendu, rougeâtre, que nous transfixons à la partie supérieure et à la partie inférieure de notre incision à l'aide de deux fils métalliques, en nous gardant bien de les faire passer par le péritoine. Nous fixons ensuite de chaque côté, dans leur intervalle, cet intestin, avec une rangée de cinq fils métalliques pour chaque côté. Les fils passés à travers la peau et les autres couches qui recouvrent l'intestin traversent de chaque côté cet intestin au même niveau de façon à faire des anses séparées qui se correspondent.

Il résulte de l'isolement des fils placés à droite et à gauche sur l'intestin en des points correspondants qu'il existe entre les anses de chaque côté une portion d'intestin large d'un millimètre au niveau duquel, toutes les anses ayant été fermées, nous n'avons plus qu'à ouvrir l'intestin sans crainte qu'aucune parcelle de matière fécale

s'épanche dans le tissu cellulaire périrénal. Aucune des anses métalliques qui servent de chaque côté à faire la suture ne traverse le péritoine ; de sorte que toute l'opération se passe au dehors de cette grande cavité. Pendant le passage des fils quelques gaz sortis par les piqûres nous ont indiqué que nous étions bien dans l'intestin. Aussitôt après l'opération un flot de méconium s'échappe par l'anus artificiel. Aucune perte de sang pendant ou après l'opération. L'enfant est mort dans la soirée. *Autopsie.* (Note orale communiquée par M. Colson interne des hôpitaux). L'anus artificiel lombaire a été pratiqué sur le côlon à 3 centimètres de l'extrémité terminale de l'intestin. Cette extrémité est représentée par un cloaque dans lequel s'ouvre aussi la vessie. Il n'existe qu'un rein situé à gauche du côté de l'opération, il est bien développé. Les capsules susrénales existent toutes deux et occupent leur situation normale.

A part un vestige des ligaments larges, on n'a pas trouvé trace d'organes génitaux internes, ni testicules, ni ovaires, ni utérus ; mais en avant du cloaque une sorte de poche indépendante de la vessie.

Obs. CCC. — *Rétrécissement inflammatoire du rectum. Phlegmon chronique de la fosse iliaque droite.* — Gillet (Jeanne), quarante-cinq ans, couturière, entre le 5 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 44. Pas d'hérédité, pas de maladie grave jusqu'à dix-neuf ans. Réglée régulièrement depuis l'âge de douze ans. Un seul enfant, il y a vingt-six ans ; pelvi-péritonite à la suite de sa couche. Depuis cette époque elle n'a cessé de souffrir du côté des organes pelviens. Le Dr Fabre, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord), qui l'examina en 1877, constata les phénomènes suivants : elle portait au niveau de l'ovaire droit, une tumeur du volume d'un œuf d'oie. Cette tumeur, peu douloureuse au début, occasionna bientôt de cruelles souffrances et parut se vider à la fois dans l'intestin et dans la vessie. Une péritonite localisée serait survenue et la malade se r tablit assez rapidement pour que tout danger parût avoir cessé. Il y a trois semaines (novembre 1877) après quelque fatigue, on constata de nouveau l'existence d'une tumeur semblable à celle précédemment observée, en même temps que se manifestaient les symptômes d'une nouvelle poussée phlegmoneuse, combattus avec succès d'abord par des applications de sangsues. Depuis quelques jours les matières fécales et les urines semblent contenir du pus.

5 *décembre.* — La malade semble en possession actuellement de ses facultés intellectuelles. Elle présente une teinte pâle, un peu jaunâtre de la peau, mais elle ne paraît pas amaigrie. Elle dit qu'elle est jaune comme cela, depuis quelques jours seulement. Elle se plaint d'une douleur vive dans le flanc droit. On y trouve une induration phlegmoneuse, sans rougeur notable de la peau, au-dessus du ligament de Fallope ; la douleur est telle à la pression, qu'il ne faut

pas songer à un examen approfondi. Il y a un peu de chaleur à la peau et de l'anorexie. On ordonne : purgatif léger et cataplasmes laudanisés. L'examen vaginal ne montre qu'un peu de sensibilité du cul-de-sac droit.

6 *décembre.* — La douleur est un peu calmée, mais la malade se plaint surtout de ne pas aller à la selle et dit qu'elle est ordinairement constipée. Le peu de matière rendue contient du pus. Au toucher rectal, on trouve un rétrécissement cicatriciel situé à deux travers de doigt de l'anus et laissant pénétrer à peine l'extrémité de l'index. C'est un rétrécissement valvulaire à orifice presque central, de consistance cicatricielle, rugueuse, et qui paraît peu étendue en hauteur. La malade n'a jamais eu ni fièvre typhoïde, ni dysentérie; on ne retrouve aucun antécédent diathésique. Mais elle dit qu'il y a une dizaine d'années qu'elle est atteinte de constipation, et que dans ces derniers temps elle restait plusieurs jours sans aller à la selle. Jamais elle n'a rendu de sang par l'anus.

L'affection abdominale a disparu rapidement en tant que période aiguë; mais il reste, à deux centimètres au-dessus de la partie moyenne du ligament de Fallope, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, facilement circonscrite, mobile dans tous les sens avec la paroi abdominale et très douloureuse. Deux vésicatoires sont successivement appliqués et diminuent beaucoup les symptômes douloureux.

19. — Chloroforme. Dilatation du rétrécissement rectal avec l'index; il a 3 centimètres de hauteur. Puis divulsion avec le dilatateur de Nélaton. L'opération n'eut aucun retentissement sur l'état général; il amena le rétablissement du cours des matières et procura un grand soulagement à la malade.

Pendant toute la durée de son séjour dans nos salles on eut soin d'introduire continuellement des bougies de gros calibre, pour ne pas perdre les bénéfices de la divulsion. Quant au phlegmon de la fosse iliaque droite, il passa par des alternatives de rémission et d'exacerbation, ces dernières coïncidant surtout avec les époques menstruelles. La malade nous quitte le 22 février 1878; le calibre du rectum était devenu normal et le phlegmon du bassin était en voie d'amélioration.

Obs. CCCI. — *Rétrécissement inflammatoire du rectum avec fistules multiples et rétrécissement de l'urèthre dans la portion membraneuse. Dilatation forcée et débridement avec le bistouri sans succès. Opération du rétrécissement et des fistules à l'aide du thermo-cautère.* — Delanoue (Jules), vingt-trois ans, serrurier, entre le 11 juin 1878, salle Sainte-Marthe, 17. Sujet fortement constitué, bonne santé dans l'enfance. A treize ans, sans cause connue, un abcès de la face ischio-rectale s'ouvrit spontanément et demeura fistuleux. Rétré-

cissement consécutif du rectum. Ce rétrécissement s'est fait progressivement; le malade était ordinairement constipé, allait à la selle par des lavements; dans les débuts le diamètre des matières fécales n'était pas sensiblement diminué. Peu à peu elles sont devenues aplaties, rubannées; constipation opiniâtre interrompue de temps à autre par des débâcles diarrhéiques. Il n'a jamais eu de blennorrhagies, et nie tout antécédent syphilitique. Nous ne trouvons d'ailleurs aucune trace de lésions de ce genre, et le malade a été soumis sans succès au traitement antisyphilitique. Le Dr Rochard a pratiqué la dilatation forcée du rétrécissement, à trois reprises différentes. Une fois en 1869, deux fois en 1872, dans l'intervalle de sept mois, sans aucun résultat. A cette époque un abcès se forma à la partie supérieure et postérieure de la cuisse droite; quand on le pressait, du pus refluait par le rectum. Cet abcès s'ouvrit spontanément et resta fistuleux pendant deux mois. En 1873, un autre se forma dans la région périnéale et resta fistuleux pendant trois semaines. En 1877, le docteur Lediberder fit à l'aide du bistouri la section du rétrécissement et introduisit pendant deux mois des bougies de 2 centimètres de diamètre. A la suite de cette opération le malade eut pendant trois mois des selles quotidiennes. Mais le rétrécissement se reproduisit dès qu'il cessa de faire usage des bougies. Depuis cette époque des fistules se sont produites à différentes époques que le malade ne peut préciser. Il a toujours uriné normalement, mais depuis deux ans, il a remarqué une douzaine de fois, que des gaz s'échappaient par la verge en même temps qu'un mucus blanchâtre mousseux lorsqu'il est obligé de retenir ses vents.

11 *juin*. — Le malade ne va à la selle que tous les trois jours au prix de violents efforts, les matières sont rubannées, très étroites. Il éprouve fréquemment de vives coliques, le ventre est tendu et ballonné. Le pourtour de l'anus présente des nodosités cicatricielles très régulières, les unes sont polypoïdes, d'autres ressemblent à des marisques, la plupart sont de simples noyaux, dont le volume varie de celui d'un grain de blé à celui d'une petite noisette. L'orifice anal est situé plus profondément qu'à l'état normal. La région périnéale est de même déformée ; elle présente des nodosités, des brides cicatricielles et des anfractuosités baignées d'un muco-pus verdâtre presque séreux. Ce liquide est fourni par des fistules dont les orifices s'ouvrent profondément au fond des anfractuosités, ou sont en partie cachés par des brides cicatricielles. Ces désordres portent surtout sur la moitié gauche du périnée, en ce point on trouve une surface rouge chaude, enflammée, tuméfiée, qui répond à un abcès sous-cutané du volume d'un œuf de pigeon. Par le toucher rectal on constate qu'il existe un rétrécissement circulaire à 2 centimètres

de l'anus. La diminution de calibre est telle qu'elle permet à peine l'introduction de la pulpe du petit doigt, le rétrécissement est dur, fibreux, résistant. A l'aide d'une bougie olivaire, on reconnaît que le rétrécissement a 3 centimètres de hauteur. L'exploration des fistules avec le stylet démontre qu'elles convergent toutes vers la paroi antérieure du rectum; mais leur trajet sinueux et anfractueux ne permet pas d'arriver jusque dans l'intestin. Le cathétérisme de l'urèthre apprend qu'il existe un rétrécissement dans la partie la plus reculée de la région membraneuse, en un point qui correspond au rétrécissement anal. Ce rétrécissement se laisse franchir par des bougies du n° 10, filière Charrière. Au delà du rétrécissement celles-ci s'engagent directement vers la vessie, dans laquelle elles pénètrent. Il est impossible de trouver une voie de communication entre l'urèthre et le rectum.

15 *juin.* — Chloroforme. A l'aide du thermo-cautère, nous faisons sur le bout postérieur de l'anus une incision antéro-postérieure qui s'étend jusqu'au voisinage du coccyx. En procédant couche par couche, nous sectionnons de ce côté le rétrécissement dans toute sa hauteur, pendant que des aides rétractent fortement les parties voisines. Cette incision sur la ligne médiane peut être faite sans que nous rencontrions de vaisseaux. Ce débridement nous montre que le rétrécissement est épais de 3 centimètres et que le tissu fibreux qui entre dans sa structure s'étend jusqu'au coccyx. Lorsque le rectum et le tissu fibreux qui le double sont divisés il en résulte un vaste hiatus dans lequel on porte facilement deux doigts et une éponge jusque dans la partie saine du rectum. Sur les parties latérales, le tissu est très mince, nous ne faisons aucun débridement. Pour la paroi antérieure, l'anneau cicatriciel semble épais de 1 à 2 centimètres, mais en passant la sonde dans la vessie il semble que la paroi du rectum n'est séparée de l'urèthre que par le tissu cicatriciel; de sorte que, si nous coupons ce tissu inodulaire, nous entrerons immédiatement dans le canal de l'urèthre. En introduisant le doigt dans le rectum nous ne reconnaissons pas de communication directe sur aucun point, capable d'expliquer le passage des gaz dont se plaint le malade. Ceci fait, reste à combattre la fistule antéro-latérale que nous rencontrons en avant et à gauche de l'anus près du scrotum et de l'ischion. Nous introduisons une sonde cannelée qui permet de diviser le plan superficiel de ces fistules au moyen du thermo-cautère. Du milieu de la plaie superficielle, nous voyons partir dans la direction de l'ischion deux trajets fistuleux qui convergent vers le milieu de la paroi latérale gauche du rectum. Nous réséquons le tissu fibreux qui les sépare et nous avivons largement ces fistules jusque dans le rectum, au-dessus du rétrécissement. Ces fistules côtoient l'ischion, mais celui-ci n'est pas malade. Tous ces

trajets fistuleux sont ouverts sur la sonde cannelée. Leur profondeur et leur irrégularité exposeraient en effet très facilement à laisser inaperçues quelques anfractuosités fistuleuses, étroites et irrégulières. Toute l'opération a été faite sans que nous soyons obligé de pincer les vaisseaux.

Il suffit de faire une compression méthodique avec des éponges pour éviter tout écoulement sanguin. Pansement alcoolisé phéniqué.

16 *juin*. — T M = 37°,4. S = 38°. P = 92. On enlève les éponges, pas d'hémorragie, lavage et pansement alcoolisé. Dilatateur en caoutchouc dans le rectum.

17. — T M = 37°,6. S = 38°,4. P = 94. Le malade souffre beaucoup. Sensation de plénitude et de chaleur désagréable du côté du rectum. Pas d'appétit.

18. — T M = 38°. S = 38°,4. P = 96. Même état.

19. — T M = 37°,2. S = 37°. P = 90. Le malade est constipé. Lavement, une selle.

21. — T M = 37°, 6. S = 37°. Hémorragie veineuse à la surface de la plaie. Le malade s'en est aperçu par hasard, il a perdu environ cent grammes de sang. On arrête l'hémorragie par alcool et compression.

25. — Température normale. On introduit une bougie plus volumineuse qui est mieux supportée. Suppuration modérée. La plaie est recouverte d'une surface granuleuse de bel aspect.

3 *juillet*. — État local et général très satisfaisant. Le malade ne va toujours à la selle que par des lavements.

31. — La cicatrisation a marché lentement, mais progressivement. On introduit des bougies de 2 centimètres 1/2 de diamètre. Constipation depuis huit jours, lavements. A partir de ce moment rien à signaler, la cicatrisation fut complète au mois d'octobre. On avait eu soin jusqu'à ce moment de diriger la marche du travail cicatriciel de façon à éviter la reproduction du rétrécissement, par l'emploi de bougies de volume suffisant, quand ce malade quitta l'hôpital le 17 septembre 1878; nous lui conseillons de ne pas négliger l'emploi régulier de ces instruments.

Obs. CCCII. — *Rétrécissement cicatriciel du rectum. Débridement avec le thermo-cautère. Guérison.* (Voy. page 163.)

Obs. CCCIII. — *Epithélioma du rectum. Ablation par le thermo-cautère. Mort. Autopsie. Péritonite généralisée. Noyaux cancéreux dans le péritoine et dans le foie.* — Le jeune (Michel), vingt-six ans, maçon, entre le 15 juin 1877, salle Saint-Augustin, 71.

Sujet petit, débile, maigre, anémié. Jamais de maladies graves; aucun accident vénérien ou tuberculeux. Père mort de fièvre typhoïde, mère vivante. Depuis décembre 1876, alternatives de constipation et de diarrhée ; en mars dernier il commença à rendre par

l'anus, après chaque selle, du sang en faible quantité. Depuis ce moment, constipation habituelle, plus de diarrhée. Ténesme rectal, pesanteur du côté du rectum ; les selles sont effilées, amincies, du diamètre du petit doigt et mélangées à du sang ; la défécation s'accompagne de douleurs modérées. Dans les derniers temps écoulement continu, par l'anus, d'un liquide sanguin et ichoreux fétide qui empèse le linge et y laisse des taches roussâtres. En même temps, perte de l'appétit, affaiblissement, émaciation.

15 *juin*. — Rien de particulier du côté de l'anus, ni condylomes, ni fissures, ni ulcérations. Au toucher rectal, rétrécissement cylindroïde, qui se laisse franchir par l'index. Les limites inférieures de ce rétrécissement s'arrêtent; en avant, à une phalange de l'orifice anal, en arrière et à gauche à une demi-phalange, à droite au voisinage du même orifice. En haut, il remonte à la hauteur de deux phalanges et par conséquent n'atteint pas le niveau de la séreuse péritonéale. Dans la portion rétrécie de l'intestin, existe une ulcération qui occupe les parois antérieures et latérales et dont les limites supérieure et inférieure sont les mêmes que celles du rétrécissement. Elle est irrégulière, recouverte de fongosités mollasses qui laissent suinter du sang mélangé à un liquide ichoreux d'odeur caractéristique. Sur la paroi postérieure, on sent des noyaux indurés et non ulcérés. Miction normale, rien dans les organes thoraciques et abdominaux. — Rien dans les ganglions. Les rétrécissements du rectum sont très fréquents, ils peuvent être inflammatoires, syphilitiques, cancéreux ou tuberculeux ; les rétrécissements cancéreux étant les plus communs après les rétrécissements inflammatoires.

30 *juin*. — Chloroforme. Le malade étant endormi, nous faisons deux incisions qui partent de l'anus et se prolongent, en avant, de trois centimètres, nous en faisons une semblable en arrière. Du même point partent deux incisions verticales qui divisent, également sur la ligne médiane, les parois antérieure et postérieure du rectum, jusqu'au delà des limites du mal. De fortes pinces hémostatiques placées sur les parties latérales de l'anus servent à abaisser le rectum, pour faciliter ces incisions. Ceci fait, nous disséquons circulairement la peau en dehors du sphincter et nous suivons la tunique celluleuse externe du rectum, de façon à enlever en même temps que les parties malades, une portion d'intestin remontant à un centimètre au-dessus. Les incisions du rectum, de même que la dissection de ce canal, bien que faites avec lenteur et au moyen du thermo cautère, convenablement rougi, nous eussent exposé à des pertes de sang sérieuses, si nous n'avions eu soin, chemin faisant, de faire l'hémostasie avec les pinces qui nous servaient en même temps pour attirer les tissus. Grâce à leur emploi nous n'eûmes pas d'hémorragies. La perte de substance nécessitée par l'ablation de la surface

malade était considérable; elle avait compris une portion de la prostate, sans intéresser toutefois le cul-de-sac recto-vésical ni l'urèthre. En arrière, elle remontait à deux centimètres plus haut. Il était à craindre que les matières en arrivant au niveau de la section ne s'infiltrassent pendant la défécation dans le tissu cellulaire souspéritonéal et dans celui de la fosse ischio-rectale. Cette complication favorise la production de péritonite et de phlegmasie du tissu cellulaire pelvien. Aussi, pour éviter autant que possible cet accident, nous profitâmes de la laxité de la portion restante du rectum pour l'attirer vers la peau et l'y suturer en avant et en arrière sur la ligne médiane. Nous laissâmes, pour parer à tout danger d'hémorragie, douze pinces hémostatiques qui furent retirées au bout de trente-six et de quarante-huit heures.

Cette précaution fut d'autant plus utile, que pendant la nuit et la matinée qui suivirent l'opération, il y eut un suintement séro-sanguin très abondant. Pendant les premiers jours l'état du malade fut satisfaisant. Etat fébrile, léger appétit ; peu de douleurs. Pansements avec l'eau alcoolisée.

Le cinquième jour. — Symptômes de péritonite, douleur abdominale, face grippée ; ni ballonnement du ventre, ni vomissements. Applications de glaces sur l'hypogastre.

Sixième jour, au matin. — Vomissements porracés, ballonnement du ventre, douleurs abdominales très vives, algidité. T = 36°,7.

Mort dans la soirée. Péritonite généralisée. Masses cancéreuses disséminées dans le péritoine pelvien, et le foie rempli de masses cancéreuses.

Obs. CCCIV. — *Epithélioma de la région anale. Ablation par le thermo-cautère. Guérison. Récidive dans les ganglions inguinaux. Mort.* — Delannoy (Eugène), soixante-quatre ans, photographe, entre le 9 janvier 1878, salle Sainte-Marthe, 2. Pas d'hérédité, ni scrofule, ni syphilis, jamais de maladies graves antérieures. Il y a dix-huit mois, picotements à l'anus. La région était continuellement humide, sans qu'il se fît un suintement abondant. Bientôt il sentit à un centimètre en dehors du bord gauche de l'anus une tumeur lisse unie, sous-cutanée, de consistance mollasse, non fluctuante, du volume d'un haricot. Le malade attribua ces divers accidents à des hémorroïdes et ne vit aucun médecin. Depuis six mois, l'évolution de la tumeur est devenu rapide, écoulement abondant de liquide ichoreux fétide ; trois petites hémorragies de la valeur d'une cuillerée à bouche chacune, indolence complète ; mais parfois sentiment de tension, il semblait au malade *que la tumeur se remplissait ;* cette tension disparaissait à la suite d'un écoulement plus ou moins abondant de sérosité roussâtre. Pendant toute la durée de ces phénomènes, l'état général s'est maintenu excellent. Ni amaigrissement, ni perte des

forces. L'appétit était plutôt augmenté que diminué. Aucun trouble appréciable dans les actes de défécation ou de miction; les matières avaient leur volume et leurs formes normales. Néanmoins le malade, inquiété par l'accroissement continu de la tumeur, consulta un médecin, qui lui dit que la production morbide était ulcérée et lui conseilla d'entrer à l'hôpital.

9 *janvier*. — Le malade étant à genoux sur son lit, le tronc fléchi en avant, on voit sur le côté gauche un sillon interfessier, en dehors du bord correspondant de l'anus, une tumeur arrondie, bien circonscrite, du volume d'un œuf de poule. Le bord interne répond au liséré cutanéo-muqueux de l'orifice anal et n'envoie pas de prolongement apparent vers le rectum. Le bord externe se continue avec les téguments de la fesse gauche au-dessus desquels il forme un relief très net. L'extrémité inférieure est limitée par la partie la plus interne du pli fessier gauche. Cette tumeur paraît développée aux dépens des éléments de la peau. La surface lisse, unie, sans bosselure apparente, présente une teinte uniformément violacée, noirâtre. A l'union des trois quarts supérieurs avec le quart inférieur existe une ulcération obliquement dirigée en bas et en dehors, du bord interne au bord externe de la tumeur. Cette ulcération représente une fissure linéaire mais profonde qui semble diviser la tumeur en deux parties. Les bords sont recouverts de bourgeons charnus saignants, d'un rouge foncé, et laissent suinter un liquide ichoreux, mélangé de détritus purulents, d'odeur fétide. Au toucher la tumeur est dure, solide, incompressible et irréductible, dépourvue de battements, elle offre la consistance du sarcome ou de certaines formes d'épithéliomas. Sa face profonde, bien limitée comme la partie superficielle, est mobile sur les couches sous-jacentes, elle ne paraît pas dépasser le tissu cellulaire sous-cutané et n'envoie aucun prolongement du côté du coccyx ou de l'ischion. L'index introduit dans le rectum reconnaît que la tumeur n'émet de même aucun prolongement de ce côté ou vers la fosse ischio-rectale et que la muqueuse est saine. L'examen au spéculum ani, confirme cette donnée. Rien dans les ganglionsinguinaux. Rien dans les organes éloignés. Etat général satisfaisant; douleurs légères, spontanées, exagérées par la pression, la marche et la défécation.

12. — Chloroforme. Nous pratiquons largement l'ablation de la tumeur à l'aide du thermo-cautère. A cet effet, nous faisons, à un centimètre du bord interne de la masse morbide, une incision profonde. Comme nous l'avions supposé, la tumeur est indépendante des couches sous-cutanées; nous la disséquons de ce côté et nous pratiquons l'ablation de la muqueuse rectale, sur une étendue de deux centimètres dans le point où elle est adossée à la tumeur. Grâce à l'emploi du couteau thermo-caustique, grâce à la lenteur de la dis-

section, le malade n'a pas perdu une goutte de sang. Pansement avec la charpie imbibée d'eau alcoolisée, phéniquée, maintenu par un appareil ouaté compressif.

13. — T M = 38°. S = 38°,4. P = 96. On renouvelle le pansement; pas d'hémorragie.

14. — T M = 37°,4. S = 38°. P = 92. Anorexie. Bouillon, œuf. Vin de quinquina; sirop d'iodure de fer.

15. — Température et pouls normaux. Appétit, sommeil.

20. — Suppuration abondante; lavages alcoolisés, phéniqués. Le malade n'a pas eu de selles depuis l'opération. Lavements, purgatifs.

29. — Diarrhée du 24 au 28. Potion bismuth et laudanum. Suppuration modérée. La plaie est recouverte de bourgeons charnus de bel aspect. A partir de ce moment, la cicatrisation s'effectua régulièrement et sans complication. Le malade commença à se lever vers la fin de février.

16 *mars*. — Le malade quitte l'hôpital. La cicatrisation est complète et régulière. L'examen de la région inguino-crurale gauche démontre l'existence d'un ganglion induré du volume d'une fève; nous conseillons au malade de revenir nous voir prochainement. En juin 1878, il n'y a pas de récidive du côté de l'anus, mais les ganglions inguino-cruraux gauches sont le siège d'une énorme tumeur épithéliale ulcérée. Toute tentative d'opération est impossible; il entre au n° 8 de la salle Sainte-Placide. On fit des pansements désinfectants et on appliqua des couches de pâte de Canquoin jusqu'au 21 novembre 1878, jour où le malade mourut de cachexie.

Autopsie. — La tumeur inguinale forme une énorme masse fongueuse et végétante. Du côté du bassin, on trouve au-dessous du péritoine un ganglion iliaque du volume d'un œuf de poule envahi par la dégénérescence. L'artère et la veine crurales, ainsi que les vaisseaux iliaques, sont restés perméables. L'intestin ne présente aucune espèce de lésion. A l'extrémité anale du rectum on voit une cicatrice de bonne nature, trace de l'opération pratiquée il y a dix mois; aucune trace de récidive, soit du côté de la muqueuse, soit du côté des tissus sous-jacents. Le foie et les reins sont en voie de dégénérescence graisseuse. La vésicule biliaire est remplie de calculs. Rate et pancréas normaux. *Cavité thoracique :* adhérences pleurales anciennes de bonne nature du côté droit, hydrotorax gauche abondant. Poumons sains; hypertrophie du cœur sans lésions valvulaires appréciables. Athérome de l'aorte au-dessus des valvules sigmoïdes. Rien du côté du cerveau.

Examen histologique de la tumeur anale : épithélioma lobulé. L'examen microscopique montre des cylindres épithéliaux en voie d'évolution et entourés d'un tissu embryonnaire et des masses épithélia-

les à forme lobulée. La trame conjonctive est remarquable par sa forme embryonnaire.

Obs. CCCV. — *Hémorroïdes externes, hémorragies abondantes. Arthrite blennorhagique du genou droit.* — Auzat (Aimé), trente-sept ans, mécanicien, entré le 23 janvier 1878, salle Sainte-Marthe, 31. Trois blennorrhagies de dix-huit à vingt-cinq ans. Rétrécissement de la portion prostatique de l'urèthre. Les varices des veines hémorroïdales paraissent héréditaires dans la famille du malade. Son grand-père, son père, ses deux frères en sont affectés. Lui-même en est affecté depuis l'âge de vingt ans. Il y a dix ans, les hémorroïdes formaient une tumeur volumineuse, très douloureuse, irréductible; le malade fut opéré à Lyon. Depuis cette opération il n'avait plus éprouvé d'accidents de ce côté, lorsqu'il y a six mois la tumeur hémorroïdaire se reproduisit. Depuis cette époque le malade perd du sang toutes les fois qu'il va à la selle. Deux fois l'hémorragie a été assez abondante pour déterminer la syncope, en même temps la tumeur est devenue de plus en plus volumineuse et douloureuse, à tel point qu'il est aujourd'hui obligé d'interrompre son travail et d'entrer à l'hôpital.

23 *janvier.* — Le pourtour de l'anus est entouré d'un bourrelet hémorroïdaire complet, formant une tumeur irrégulière, bosselée, étranglée par place, du volume d'une mandarine. Les ampoules variqueuses sont beaucoup plus volumineuses au niveau du bord postérieur de l'anus où elles forment trois saillies marronnées ayant chacune le volume d'un œuf de pigeon. Le revêtement cutanéo-muqueux qui les tapisse est aminci, tendu, luisant, d'une teinte violacée, noirâtre. Lorsqu'on écarte les deux bourrelets postérieurs les plus rapprochés de la ligne médiane, on trouve au fond de l'étranglement qui les sépare une ulcération ovalaire à cheval sur le rebord cutanéo-muqueux de l'anus, empiétant par conséquent à la fois sur la muqueuse et sur la peau. Cette ulcération, dont le grand axe est parallèle à celui des plis rayonnés, mesure 2 centimètres et demi de longueur, son fond est grisâtre, sanieux et semble dépourvu de vitalité. Ses bords sont légèrement décollés; il n'existe pas d'autres ulcérations ou fissures, soit à la surface des bourrelets hémorroïdaires, soit dans les sillons qui les séparent. Le toucher rectal est extrêmement douloureux, il montre qu'il n'existe pas de retrécissement, mais au niveau de l'ampoule rectale hémorroïdes internes, molles, réductibles et peu développées. Le malade est ordinairement constipé, il ne va à la selle qu'au prix des plus grandes souffrances. L'existence de cette tumeur l'empêche de conserver la position assise ou la station verticale. Depuis plusieurs mois il a perdu l'appétit et le sommeil. Ces causes débilitantes jointes aux hémorragies abondantes et répétées ont plongé le malade dans une anémie profonde.

26 *janvier.* — Chloroforme. A l'aide du thermo-cautère, chauffé au rouge sombre, nous enlevons la partie postérieure de la tumeur qui est la plus gênante et la plus volumineuse; quant à la partie antérieure, nous nous contentons d'en provoquer l'affaissement, en éteignant le couteau du thermo-cautère dans les ampoules variqueuses. L'opération, conduite avec prudence et en prenant le temps nécessaire, n'a donné lieu à aucune perte de sang. Application de compresses imbibées d'eau froide sur la plaie. Ces compresses sont fréquemment renouvelées.

Pendant les cinq premiers jours, léger mouvement fébrile à exacerbation vespérale. T = 38°,6. Inappétence, quelques nausées, pas de vomissements. Constipation opiniâtre. Vives douleurs au niveau de l'anus au moindre mouvement; insomnie. Ces phénomènes s'amendèrent rapidement et le malade recouvra l'appétit et le sommeil. La suppuration s'établit et resta toujours modérée, mais la cicatrisation s'effectua lentement. Au moment de son entrée à l'hôpital le malade était atteint d'un écoulement blennorrhagique léger, pour lequel nous lui ordonnâmes un traitement approprié. Le 12 février, il fut pris de fièvre et se plaignit de douleurs dans le genou droit; nous constatâmes qu'il s'agissait d'une arthrite aiguë que nous ne pûmes rattacher qu'à la blennorrhagie. Cette complication retarda notablement la guérison. Cette arthrite fut traitée par l'immobilisation du membre dans une gouttière plâtrée et les révulsifs énergiques, sangsues au début, vésicatoires ensuite. Grâce à cette intervention rapide nous pûmes éviter la suppuration, les symptômes généraux s'amendèrent dès le lendemain et les symptômes locaux marchèrent progressivement vers la résolution.

Le 23 *mars* 1878, la guérison étant obtenue à la fois du côté de l'anus, de l'urèthre et de l'articulation, le malade quitta l'hôpital.

Obs. CCCVI. — *Hémorroïdes externes. Bains généraux. Purgatif. Amélioration.* — Fortin (Félix), trente-huit ans, homme de peine, entre le 11 juin 1877, salle Saint-Augustin, 77. Habituellement très bien portant; depuis un an seulement, constipation survenue presque tout d'un coup. Trois semaines après, défécations au prix des plus grands efforts. Pendant onze mois et demi, cette difficulté d'aller à la selle a continué; toutefois, par intervalles, le malade a eu une diarrhée qui ne durait jamais plus de deux jours. Jusqu'alors n'a jamais remarqué de sang dans les garde-robes. Jusqu'au mois dernier les hémorroïdes dont il est atteint étaient très petites, rentraient facilement et ne lui causaient point de souffrances. A partir de cette époque elles ont commencé à grossir, mais très lentement, ce n'est que depuis seize jours qu'elles ont évolué rapidement et que des pertes abondantes de sang sont survenues. Vives douleurs pendant

la défécation, la marche et même la position assise. Impossibilité de continuer son travail.

11 *juin.* — Au pourtour de l'anus, bourrelet bleuâtre recouvert par la muqueuse plus saillant à gauche qu'à droite. La tumeur est bosselée, dure, douloureuse à la pression. Pas d'ulcérations; pas de fièvre, d'insomnie, de perte d'appétit. Purgatifs. Bains.

17 *juin.* — Le bourrelet a diminué de volume, il a une couleur presque rosée; a perdu de sa dureté. Constipation moindre, n'a pas perdu de sang depuis deux jours. Bains.

18. — Le malade se trouvant beaucoup mieux demande sa sortie.

Obs. CCCVII. — *Hémorroïdes. Opération avec le thermo-cautère. Guérison.* — Hordé (Louis-Élisa), soixante-deux ans, homme de peine, entre le 23 mai 1877, salle Saint-Augustin, 11.

Cet homme a habité l'Afrique, comme soldat dans un régiment de zouaves, pendant sept ans, de 1841 à 1849. Il prétend n'avoir pas bu d'absinthe; mais simplement de l'eau-de-vie. Il n'a jamais eu de maladie grave; se rappelle avoir perdu du sang par l'anus en Afrique, en 1844, dans une longue marche; mais ce fut tout.

Depuis sa rentrée en France il perdait souvent du sang, dix minutes ou un quart d'heure après les garde-robes. En 1864, le malade dut entrer à l'Hôtel-Dieu, pour se faire opérer. La guérison ne fut pas complète : trois mois après les hémorroïdes recommençaient à couler. Depuis cette époque le malade a continué à travailler. Il est entré seulement pour des douleurs rhumatismales. Dans ces derniers temps, les hémorragies par l'anus ont été plus considérables : le malade s'est affaibli. Tous les jours vers cinq ou six heures du soir ses hémorroïdes coulaient.

24 *mai.* — Il existe un bourrelet hémorroïdaire saillant et volumineux sur le pourtour de l'anus au dehors. Les hémorroïdes occupent surtout la partie latérale gauche. L'une d'elles est noirâtre et enflammée. Le toucher rectal est douloureux et amène du sang : on sent avec le doigt des hémorroïdes internes plus volumineuses à gauche qu'à droite. Le malade accuse de vives souffrances et du ténesme.

L'état général est mauvais.

Le teint est pâle, la maigreur considérable, les conjonctives décolorées. Il n'y a pas d'œdème des jambes, pas de traces de liquide dans l'abdomen; les battements du cœur sont sourds. Le malade a eu du reste, il y a quinze ans, un rhumatisme articulaire aigu avec complication de péricardite. Il n'y a rien du côté des poumons : la respiration est normale dans toute l'étendue de la poitrine.

26. — Opération avec le thermo-cautère. Nous commençons par faire avec le couteau rougi une incision latérale pour mieux voir le bourrelet hémorroïdaire; puis nous faisons une incision antéro-pos-

térieure sur le milieu de la tumeur pour enlever le bourrelet en deux fois.

Toute la portion enflammée, noire et à peu près sphacélée, est complètement enlevée. Quant à la portion non sphacélée qui comprend des hémorroïdes plus petites, nous les ponctionnerons avec la pointe du thermo-cautère pour éviter un rétrécissement consécutif. Trois pinces hémostatiques sont placées sur les vaisseaux qui saignent. On applique ensuite un pansement compressif avec de la charpie alcoolisée.

Une heure après l'opération, le malade arrache toutes les pièces du pansement. Il en résulte une hémorragie en nappe, avec ténesme très douloureux. On l'arrête par un nouveau pansement compressif sans employer de pinces.

27. — Le malade souffre beaucoup de l'anus. Il a des envies fréquentes d'aller à la garde-robe. On recommande au malade de se retenir. Pas de fièvre. Pas d'hémorragie.

28-31. — La plaie a bon aspect. Le bourrelet hémorroïdaire a diminué de volume. Il n'y a pas eu de selle jusqu'ici.

3 *juin*. — Première selle depuis l'opération. On n'a pas donné de lavement. Le malade n'a pas perdu de sang. Il commence à reprendre de l'appétit.

8. — La plaie est entièrement cicatrisée. Il reste un bourrelet de marisques non douloureux et non saignant sur la partie latérale gauche. Une hémorroïde pédiculée est liée avec un gros fil de soie. Le malade va à la selle tous les jours sans grande douleur, avec un peu de difficulté.

11. — L'hémorroïde liée est tombée.

15. — Le malade part à Vincennes, à peu près guéri. L'appétit est revenu; les forces reviennent aussi. N'a pas perdu une goutte de sang depuis le jour de l'opération.

Obs. CCCVIII. — *Fistule anale.* — Jerfrau (Valentin), trente-deux ans, commissionnaire, entre le 28 février 1877, salle Saint-Augustin, 4. A reçu un violent coup de pied, il y a six semaines, dans la région périnéale postérieure. Gonflement consécutif, violentes douleurs empêchant la marche; huit jours après l'accident la tuméfaction est évaluée par le malade au volume d'un gros œuf de poule. Rougeur, chaleur de la peau ; souffrances extrêmement vives. Fièvre, insomnie, perte d'appétit. Applications de cataplasmes qui au bout de neuf jours amenèrent l'ouverture de l'abcès. Celui-ci guéri est toujours resté fistuleux et fournit toujours du pus.

A son entrée dans le service, nous constatons sur le périnée, à trois centimètres de l'anus, l'orifice d'un trajet fistuleux dont le pourtour est rougeâtre. L'introduction du stylet nous montre que sa direction est oblique d'arrière en avant et de droite à gauche. Son étendue est de trois centimètres et demi ; il est très superficiel.

Incision avec le bistouri : mèche de charpie imbibée d'eau alcoolisée. Repos absolu au lit.

10 *mars*. — La plaie commence à se cicatriser.

21. — Guérison parfaite. Sortie.

Obs. CCCIX. — *Fistule borgne externe. Incision. Guérison.* — Boulmont (Pierre), quarante ans, charretier, entre le 19 mars 1877, salle Sainte-Marthe, n° 6.

Bonne santé habituelle, pas d'antécédents pathologiques.

Il y a un mois et demi, abcès de la marge de l'anus, ouvert spontanément quinze jours après son apparition à l'aide de cataplasmes. Depuis, suintement continuel par l'ouverture de l'abcès resté fistuleux.

19 *mars*. — Sur la partie droite de la marge de l'anus, orifice fistuleux situé au centre d'une plaque violacée, luisante, de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Cet orifice est recouvert par un bourgeon charnu du volume d'une lentille. Suintement continuel d'un liquide séro-purulent. Pas de douleurs réelles, plutôt un sentiment de gêne, prurit.

Il ne passe par la fistule, ni gaz, ni matières fécales. Le stylet introduit par l'orifice peut y être poussé jusqu'à une profondeur de 3 centimètres et demi. Arrivé là, la pointe peut être manœuvrée dans un espace de 2 centimètres de diamètre, situé sous la peau qui est décollée. Le doigt introduit dans le rectum pendant que le stylet demeure dans le trajet fistuleux ne découvre aucun indice d'orifice du côté de la muqueuse rectale.

Rien du côté des organes thoraciques. Le malade dit s'enrhumer facilement. Sueurs nocturnes.

22 *mars*. — Incision du trajet sur une sonde cannelée. Pansement avec de grosses mèches cératées placées au fond de la plaie et main tenues jusqu'à l'extrémité du cul-de-sac. Traitement général.

25. — Le fond de la plaie présente un aspect rosé, couvert de bourgeons charnus. Même pansement.

30. — La plaie se comble, le fond atteint sensiblement le niveau des bords. Lavages à l'eau alcoolisée.

5 *avril*. — L'amélioration continue.

10. — La plaie présente une surface unie, le tissu cicatriciel apparaît sur les bords.

16. — La plaie est presque entièrement cicatrisée. Il ne reste plus qu'un point insignifiant. Le malade quitte le service.

Obs. CCCX. — *Fistule borgne externe. Débridement. Guérison.* — Zimmerman (Ernest), trente-quatre ans, employé au chemin de fer, entre le 3 janvier 1877, salle saint-Augustin, 6.

Sujet robuste, mais dont la santé se détériore depuis quelques années ; rien du côté des organes thoraciques. Constipation habi-

tuelle. Chancre il y a deux ans ; accidents secondaires sept semaines après.

Il y a cinq ans, abcès de la marge de l'anus qui s'ouvrit de lui-même au bout d'une vingtaine de jours. Deuxième abcès, il y a trois ans, au même endroit, ouvert par le bistouri. Trajet fistuleux qui a persisté et qui donne continuellement un liquide muco-purulent. Douleurs très vives pendant la défécation.

La fistule siège à un demi-centimètre de l'anus, l'orifice est évasé, large; le stylet introduit arrive sur la muqueuse rectale et on le sent avec le doigt placé dans le rectum, mais la fistule ne communique pas avec ce dernier. Débridement. Pansement avec des mèches de charpie imbibées d'alcool camphré. Guérison au bout de dix-sept jours.

Obs. CCCXI. — *Fistule borgne externe. Incision. Guérison.* — Perin (Albert), trente-sept ans, tourneur en optique, entre le 14 avril 1877, salle saint-Augustin, 7.

Sujet pâle, amaigri, mais n'ayant jamais eu d'autres maladies que des coliques très fortes et qu'il attribue à sa profession.

En janvier 1877, il s'est heurté en s'asseyant sur un corps dur placé sur une chaise, et consécutivement est survenu un abcès qui a été ouvert dix-sept jours après le début. Un suintement continuel lui a succédé et a donné lieu à une fistule s'ouvrant par un orifice sur la marge de l'anus (côté droit). Une sonde cannelée introduite dans le trajet fistuleux permet de constater qu'il est sinueux et qu'en certains points de sa longueur il est anfractueux. Le bout de la sonde est senti par le doigt introduit dans l'anus à peu près à l'extrémité supérieure du sphincter. La fistule ne communique pas ; la peau est décollée sur une surface de 4 centimètres.

Par le pertuis, il s'écoule une humeur roussâtre. Autour, les ligaments sont rouges, durs et chauds. Souffrances très vives pour le malade dans les efforts de défécation. L'opération est faite par incision. Le pansement consiste en mèches imbibées d'eau alcoolisée.

22 *avril.* — Cautérisation des bourgeons charnus avec le crayon de nitrate d'argent.

28. — Quitte le service complètement guéri.

CHAPITRE VIII

ORGANES GÉNITO-URINAIRES. SEXE MASCULIN

Les 71 observations renfermées dans ce chapitre se répartissent ainsi suivant les organes :

1° Verge et ses enveloppes.	10
2° Vessie et prostate.	3
3° Urèthre.	16
4° Cordon spermatique. Testicule et ses enveloppes.	42

Il nous paraît utile d'attirer spécialement l'attention du lecteur sur les observations CCCXV *bis* et CCCXVI du § I. Le titre de la première peut sembler bizarre et contradictoire dans ses différentes parties : phimosis congénital et paraphimosis accidentel. Voici ce qui était arrivé : un homme de cinquante-huit ans, affecté de phimosis congénital, ennuyé, on ne sait trop pourquoi, de cette anomalie dont il eût dû avoir pris son parti depuis longtemps, fait passer violemment le gland par l'orifice trop étroit du prépuce. Par malheur l'organe ne put traverser pour le retour l'anneau qu'il avait franchi une première fois. Il y eut un étranglement vers l'extrémité du pénis et des menaces de sphacèle du gland ; la réduction par les moyens ordinaires étant impossible, nous dûmes débrider l'ouverture préputiale pendant l'anesthésie chloroformique. Dès l'instant où nous avions employé le bistouri, il était absolument indiqué de remédier du même coup au phimosis qui avait été la cause première de tout : nous fîmes donc la circoncision dans la même séance ; tout alla bien d'abord ; mais par malheur le ma-

lade qui était alcoolique commença à présenter, le 19 janvier, six jours après l'opération, de l'œdème du scrotum, puis survint un phlegmon gangréneux des bourses et un érysipèle qui s'étendit aux cuisses, à la paroi abdominale et finit par l'enlever.

Dans l'observation suivante il s'agit d'une autoplastie de la verge pour un épispadias congénital. Un de nos savants confrères des hôpitaux de Paris, le Dr Labbé, avait déjà réussi à combler en partie cette solution de continuité. Le 28 juillet 1877 nous fîmes une nouvelle opération dans le même but. On pourra lire avec détails le procédé dans l'observation. Fallait-il chercher un nouveau lambeau, aviver le pourtour des fistules et appliquer ce lambeau sur ces parties cruentées? Autant nous sommes partisans de ces moyens, lorsqu'ils sont indispensables, autant nous préférons nous dispenser des lambeaux, toutes les fois que cela est possible. Nous avons souvent insisté sur cette manière de voir, dans la restauration d'autres organes, lors même qu'il y avait une perte de substance d'une certaine étendue. Pour la restauration du périnée divisé, pour la guérison des fistules vésico-uréthro ou recto-vaginales, par exemple, c'est pour nous une règle de conduite, de rejeter le procédé à lambeau. Toutes les fois que l'avivement simple, fait largement, aidé ou non d'un débridement méthodique, permet d'affronter les lèvres opposées d'une perte de substance ou d'une fente anormale, de les rapprocher et de les suturer, sans qu'il y ait trop de tiraillements au niveau des points de suture, nous n'hésitons pas à donner la préférence à ce dernier moyen, attendu qu'il nous permet d'obtenir des guérisons plus solides, dans l'espace de quelques jours. Toutefois, il ne faut pas oublier que dans ces cas l'avivement doit être fait largement; que les points de suture, surtout ceux qui sont profondément placés quand la région l'exige, doivent être passés assez loin des bords, afin que, s'ils coupent les tissus dans les premiers jours, cette section n'arrive pas jusqu'à la plaie. Voilà pourquoi nous avons ici donné la préférence à cette méthode. D'ailleurs, nous avions trois orifices à combler et nous voulions ménager le

plus possible le gland et les parties voisines, tout en avivant largement et convenablement les bords de ces orifices. Nous pouvions obtenir l'oblitération par le procédé dont nous venons de parler et le résultat que nous voulions fut obtenu, malgré les difficultés inhérentes à la région, dont les principales étaient la tendance continuelle aux érections, l'impossibilité de laisser une sonde, à demeure elle sortait au moment des érections, et surtout la difficulté de faire passer l'urine sans sonde, par la portion glandulaire du canal, qui, en raison de la position du lambeau au-dessus de lui, tendait à former entre lui et le bord postérieur du gland un point où il s'adossait à angle obtus. La première observation du § II est relative à une fistule recto-vésicale observée chez un homme. Peu de chirurgiens heureusement pratiquent la *taille rectale*, pour l'extirpation des calculs vésicaux. Elle montre une fois de plus que les fistules peuvent s'établir à la suite de cette opération et que ces fistules peuvent avoir des dimensions considérables, que ces fistules transforment le rectum en une sorte de vessie supplémentaire, pendant que la vessie normale se rétrécit de plus en plus. Le réservoir urinaire rectal provoque chez les malades des douleurs vives, continues, nécessitant des efforts fréquents et pénibles d'expulsion par l'anus. L'état général lui-même est influencé, comme cela s'observe à la suite des maladies prolongées des organes pelviens : dépérissement, nervosisme, anémie. — Ces fistules tirent de leur siège au-dessus d'un sphincter puissant, dans un canal excréteur à parois dilatables, à contenu solide, une difficulté toute particulière à être opérées et guéries. Une première opération faite six ans après la taille avait complètement échoué, peut-être même — sur ce point nous manquons de renseignements — a-t-elle augmenté les dimensions de la fistule. L'obstacle à l'opération nous paraissait surtout résider dans le sphincter anal. Nous avons pensé qu'au lieu de se contenter d'une dilatation forcée, qui, si elle était faite dans les jours qui précèdent l'opération, amènerait des désordres considérables par contusion et qui, si elle était faite longtemps auparavant, laisserait les choses

reprendre leur état primitif, nous avons pensé que le mieux serait de débrider largement en avant, comme en arrière, l'orifice sphinctérien, pour bien voir la fistule, pour l'aviver, pour la suturer aussi régulièrement que possible, comme aussi le jour de l'enlèvement des fils pour être à même pendant le sommeil chloroformique d'introduire facilement le spéculum afin d'agir sans faire de délabrement sur les points dangereux. Tels sont les motifs qui ont dicté notre règle de conduite; nous n'avons eu qu'à nous en louer. La difficulté principale, et qui était peut-être propre au cas particulier qui nous occupe, résidait, comme l'indique l'observation, dans les adhérences que le pourtour de la fistule avait contractées dans la moitié de son étendue, avec l'ischion. Nous avons dit comment nous avions dû triompher de cet obstacle. L'opération eut pour résultat de diminuer notablement la surface de la fistule ; de procurer une amélioration notable au malade souffrant tellement auparavant qu'il ne pouvait presque pas dormir. Il faut donc opérer de bonne heure et avec tout le soin désirable les malades porteurs de fistules recto-vésicales.

L'observation CCCXXXVII du § III est intéressante à différents points de vue : Chez un homme de soixante-six ans ayant un ancien rétrécissement de l'urèthre non traité, il se fait une fistule uréthrale suivie d'infiltration d'urine ; pendant quatre mois la miction a lieu presque exclusivement par les trajets fistuleux ; cet état s'accompagne naturellement d'accidents généraux très graves : fièvre urèthrale, sueurs ammoniacales, état cachectique. Lorsqu'il vint nous trouver, il fallait apporter un remède rapide à cet état sous peine de voir le malade succomber en peu de temps. Nous nous occupâmes d'abord de l'infiltration urineuse pour laquelle nous fîmes des débridements multiples, mais cette opération était purement palliative; tant que la cause du mal persistait, nous ne pouvions songer à obtenir une guérison ou même une amélioration durable, il fallait à tout prix rétablir la perméabilité de l'urèthre et obtenir l'obturation de la fistule. Nous fîmes donc l'uréthrotomie externe; les lésions étaient telle-

ment irrégulières que nous ne pûmes réussir à trouver le bout supérieur et à pénétrer dans la vessie ; nous étions donc sous le coup des mêmes accidents, l'infiltration devait se reproduire fatalement. Il ne nous restait plus qu'à pénétrer dans la vessie par l'hypogastre et à tenter le cathétérisme rétrograde, c'est ce que nous fîmes. Malgré la déviation du canal, nous réussîmes à passer une sonde par l'urèthre, et le malade quitta le service complètement guéri.

Moins heureux, l'individu qui fait le sujet de l'observation CCCXXXVIII, eut une infiltration d'urine à la suite d'un rétrécissement uréthral et périt dans le marasme. A l'autopsie, une néphrite chronique à foyers suppurés multiples des plaques calcaires dans la vessie et de la péritonite chronique.

L'observation CCCXXXIX du § IV est relative à un sarcome myéloïde ou tumeur à myéloplaxes du pubis. Le diagnostic présentait de sérieuses difficultés au moment où nous vîmes pour la première fois le malade. Cet homme, alors âgé de cinquante-sept ans, avait eu quatorze ans auparavant une première tumeur scrotale. A la suite d'un coup porté dans l'aine droite, il remarqua à la partie supérieure des bourses un bouton sous-cutané du volume d'un grain de blé, mollasse et indolent qui en un an devint gros comme un œuf de poule. Cette production, enlevée en 1863, fut regardée paraît-il comme une tumeur du cordon. Trente mois plus tard, une autre se montre sur la ligne médiane au niveau de la symphyse pubienne. Celle-ci était très vasculaire, on l'enlève encore. Enfin celle que nous avions à traiter avait débuté en février 1873 au niveau du bord supérieur de la symphyse et elle avait pris peu à peu la forme et la direction d'une tumeur inguino-scrotale. Dans la circonstance les antécédents nous guidèrent dans notre diagnostic et nous permirent de soupçonner même avant l'opération le véritable siège de l'implantation de la tumeur.

Il y a tout lieu de supposer que dans les trois cas il s'agissait de productions analogues; que les deux dernières tumeurs n'étaient que des récidives ou des repullulations sur place de la première. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que la

troisième ressemblait par sa structure et sa disposition à une variété de néoplasme ayant souvent pour point de départ le périoste des os : le sarcome à cellules géantes. En résumé, apparition d'une tumeur maligne des parties molles peu de temps après un traumatisme, ablation, deux récidives consécutives avec invasion du périoste de l'os voisin.

21 opérations sanglantes ont été pratiquées à cause des affections rapportées dans ces différents paragraphes ce sont :

4 circoncisions,
1 atoplastie pour un épispadias,
1 excision de papillome,
1 amputation de la verge (thermo-caut.),
1 fistule recto vésicale,
1 uréthrotomie externe,
1 taille hypog.,
1 ablation de tumeur scrotale,
1 opér. de varicocèle,
1 incision d'hématocèle,
8 castrations.

Il y a eu deux succès partiels (épispadias, fistule recto-vésicale), 2 cas de mort par phlegmon gangréneux des bourses, 18 succès complets.

§ I

VERGE ET SES ENVELOPPES.

Obs. CCCXII. — *Phimosis congénital. Circoncision. Guérison.* — Noblemaire (Alexandre), dix-huit ans, portefeuilliste, entre le 2 février 1877, salle Saint-Augustin, 1.

Phimosis congénital. Verge effilée de sa partie postérieure à son extrémité antérieure et se terminant tout à fait en pointe. Prépuce dépassant le gland d'un centimètre, avec un orifice qui permet à peine l'introduction d'une canule de seringue. Prurit très vif déterminé par l'accumulation du smegma entre le prépuce et le gland. Douleurs pendant l'érection et surtout pendant le coït.

En tirant le prépuce en arrière, c'est à peine si l'on découvre le

gland sur une surface de 4 millimètres. Avec une sonde cannelée introduite entre le gland et le prépuce on ne constate pas d'adhérence.

13 *février*. — Circoncision ; plusieurs éraillures sur le gland. Compresses d'eau fraîche.

14. — Pas de fièvre, la plaie va bien.

28. — La guérison est à peu près complète. Sort le 2 mars.

Obs. CCCXIII. — *Phimosis congénital. Circoncision. Guérison.* — Dominique (Albert), vingt ans, employé de commerce, entre le 15 avril 1877, salle Saint-Augustin, 70.

Érections douloureuses, violents tiraillements sur la peau du pubis et sur celle des bourses et à l'extrémité de la verge. Douleurs vives pendant le coït.

Pénis peu développé. Le gland est complètement recouvert par le prépuce qui le dépasse de 4 à 5 millimètres. Si l'on cherche à l'attirer d'avant en arrière, c'est à peine si l'on découvre le quart supérieur du gland. En passant une sonde cannelée entre la membrane préputiale et le gland, ce qui est assez douloureux pour le malade, on sent des rugosités dues à des éraillures ou à de la matière sébacée.

15 *avril*. — Incision parallèle à l'axe de la verge. Rien de particulier à noter. La guérison est complète le 2 mai, et le malade quitte le service.

Obs. CCCXIV — *Phimosis consécutif à un eczéma du prépuce. Circoncision. Guérison.* — Nicourt (Antoine), cinquante-neuf ans, charpentier, entre le 11 décembre 1876, salle Sainte-Marthe, 1.

Jamais de blennorrhagie ni de chancre. Depuis quinze mois il a ressenti, sans cause connue, de violentes démangeaisons sur le prépuce et à ces démangeaisons succédaient de petites croûtes qui, en se desquamant, occasionnaient un prurit désagréable.

Le malade dit qu'il a toujours eu un peu de gêne pour découvrir le gland, mais que depuis six mois il ne peut en aucune façon rabattre le prépuce à cause du gonflement dont il est le siège.

Le prépuce est épaissi, tuméfié, dur, laissant suinter quelques gouttes de pus. L'orifice préputial est recouvert de croûtes eczémateuses entretenant un prurit continuel. Si l'on essaie de découvrir le gland on constate que la muqueuse a perdu de son élasticité et est considérablement épaissie. Le passage de l'urine sur cette muqueuse occasionne une cuisson quelquefois très grande.

Le 20 décembre, on pratique la circoncision (méthode circulaire), puis, après avoir rapproché la muqueuse de la peau, on applique une couronne de serre-fines que l'on ôte le lendemain, l'adhésion étant suffisante. On trouve à l'examen du prépuce, une muqueuse épaissie, dure, presque cornée. Le gland était intact. Guérison, le 3 janvier 1877. Le malade quitte le service.

Obs. CCCXV. — *Phimosis congénital. Circoncision. Guérison.* — Andral (Léon), dix-huit ans, bijoutier, entre le 5 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 18.

L'orifice préputial est tellement étroit, que le gland ne peut le franchir. Le prépuce forme une espèce de manchon pendant en avant du gland, coït impossible, après la miction il reste toujours dans le prépuce quelques gouttes d'urine qui s'écoulent lentement. Cette disposition est congénitale. Circoncision par la méthode circulaire. Le 21 janvier, application de quinze serre-fines réunissant la muqueuse et la peau au niveau de l'incision. Le lendemain matin on les retire; le 24, réunion parfaite, le malade quitte le service.

Obs. CCCXV *bis*. — *Phimosis congénital. Paraphimosis accidentel et irréductible. Débridement. Circoncision. Phlegmon scrotal. Mort.* — Lambert (Charles), cinquante-huit ans, employé, entre le 13 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 8.

Forte constitution alcoolique; pas de maladies antérieures. Pas d'accidents vénériens. Phimosis congénital. Il y a dix jours, il a brusquement ramené le prépuce en arrière du gland, la verge étant dans l'état de flaccidité, un étranglement s'est produit et tous ses efforts pour ramener l'anneau préputial au devant du gland, sont restés infructueux. Bientôt les parties molles s'œdématient en arrière et surtout en avant de l'étranglement; le gland tuméfié devient rouge, puis livide. Difficulté de la miction, s'accusant progressivement; dans les derniers temps, l'urine sort goutte à goutte. Sentiment de constriction douloureuse. Ces divers accidents amènent le malade à l'hôpital.

La verge est très volumineuse, déformée, repliée sur elle-même en formant une sorte d'S, dont la partie rétrécie répond à l'étranglement préputial. L'œdème porte principalement sur la portion comprise entre la couronne du gland et l'étranglement. Sur toute l'étendue du pénis la peau est normale. Le gland est turgide, luisant, violacé, mais ne présente ni phlyctènes, ni ulcérations. Au toucher, l'œdème est mou, dépressible, comme gélatineux.

13 *janvier*. — Chloroforme. Le malade étant couché sur le dos, les cuisses écartées et demi-fléchies sur le bassin, nous saisissons la verge avec la main gauche au niveau de l'étranglement, puis avec les doigts de la main droite nous exerçons sur le gland et le bourrelet, que forme la muqueuse préputiale œdématiée, des pressions qui tendent à faire refluer l'épanchement séreux du tissu cellulaire, en arrière de l'étranglement. Ce premier temps de l'opération terminé, nous enduisons d'huile, la surface du gland, et nous en tentons la réduction, cette manœuvre reste infructueuse, par suite de la tuméfaction énorme de la couronne. Nous faisons alors avec des ciseaux, le débridement de l'anneau préputial, à l'aide d'une incision dorsale,

la réduction est facile. Dans un troisième temps, nous pratiquons l'opération du phimosis en enlevant un lambeau circulaire à l'extrémité libre du prépuce, avec des ciseaux ; puis nous ramenons la peau et la muqueuse au même niveau et nous les réunissons à l'aide de huit serre-fines. Les jours qui suivirent l'opération, il n'y eut rien à noter, l'état général se maintint satisfaisant et la cicatrisation marchait rapidement.

19 *janvier*. — T = 38°,6. Œdème du scrotum.

20. — T = 39°. P = 120. Phlegmon des bourses, longues incisions avec le bistouri. Pansement alcoolisé.

21. — T = 39°,6. P = 122. Malade somnolent, déprimé. Délire.

22. — T = 39°,8. P = 126. Même état. Taches d'érysipèle gangréneux sur la face interne des cuisses, au pli de l'aine et au-dessous de l'ombilic.

23 .— Mort.

Obs. CCCXVI. — *Epispadias congénital. Première tentative d'autoplastie en* 1874, *répétée ensuite plusieurs fois. Succès partiel. Nouvelle opération. Succès complet.* — Pilate (Ferdinand), vingt-quatre ans, cultivateur, entre le 18 juillet 1877, salle Saint-Augustin.

Il est atteint d'un épispadias congénital, auquel il ne chercha à remédier par aucun traitement, jusqu'à l'âge de vingt et un ans. A cette époque, la difformité se présentait, avec les caractères suivants : scrotum peu développé, mais complet ; les testicules occupant leur situation normale sont légèrement atrophiés, ils ont le volume d'une noix de moyenne grosseur. A l'état de flaccidité, la verge fait défaut ; le gland, qui a un volume a peu près normal, est situé immédiatement au-dessous du pubis, au centre d'une dépression infundibuliforme, de telle sorte que sa partie la plus saillante fait à peine relief au-dessus des téguments voisins. Il est divisé sur toute l'étendue de sa face dorsale, et cette division se continue au-dessous de la symphyse pubienne jusqu'à la vessie. Il suit de cette disposition, que le canal de l'urèthre, très court et réduit à sa paroi inférieure, est étalé, et que l'urine s'écoule goutte à goutte au dehors. Le prépuce est représenté par un simple vestige qui répond au frein. Au moment de l'érection, le gland s'allonge et sort de 5 à 6 centimètres. Il s'agissait d'un épispadias complet, sans exstrophie de la vessie.

En décembre 1874, le malade entra dans le service de M. L. Labbé où l'on fit d'abord la suture de la face dorsale du gland, à l'aide de trois épingles ; cette première opération réussit complètement. Restait une division répondant à la racine de la verge, que l'on essaya ensuite de combler par le procédé de Nélaton (lambeau transversal taillé sur le scrotum, au-dessous du gland, dissection de ce lambeau, sa transplantation sur la face dorsale de la verge et sur les parties

latérales préalablement avivées). Cette seconde tentative fut moins heureuse, et le résultat était peu différent de celui que nous voyons aujourd'hui ; plusieurs orifices béants restaient au-dessus de la verge; néanmoins les rapports sexuels devinrent possibles mais au moment de l'éjaculation le sperme sortait par la fistule pénienne. Un autre chirurgien parvint, en janvier dernier, à oblitérer l'une de ces fistules.

18 *juillet*. — Au-dessous du gland, bride cicatricielle transversale, correspondant au lambeau qui a été pris et attiré au-dessus du gland. Vaste épispadias qui s'étend du gland à la vessie et au-devant duquel flotte ce lambeau qui adhère à gauche aux bords de l'épispadias qu'il limite de ce côté, tandis qu'à droite, nous voyons, au-dessous du lambeau, le canal de l'urèthre largement ouvert, à travers un orifice irrégulièrement arrondi de 3 centimètres de diamètre. Cet orifice est limité supérieurement et sur les côtés par le bord inférieur du lambeau lui-même ; inférieurement par le gland. Outre cet orifice principal, on en retrouve sur le côté gauche deux autres plus petits. Lorsque l'urine s'écoule, elle passe largement au-dessous du lambeau à travers ce triple hiatus. Quant au gland, il est relativement bien conformé et contient une portion du canal uréthral longue de 2 centimètres, fermée, et assez large pour admettre une sonde de moyen calibre. Entre le gland et le scrotum, on voit une petite portion de prépuce, correspondant au frein, qui avait été conservé, la portion supérieure du prépuce faisant défaut, depuis la naissance. Mais ce qui attire surtout l'attention, c'est l'épispadias.

28. — Chloroforme. Nous avivons largement les bords des orifices fistuleux, et nous faisons en même temps un avivement oblique et large au-dessus du bord postérieur du gland, de façon que nous avons une surface saignante circulaire, très étendue et très propre à l'adhésion. Pendant que nous faisons l'avivement du gland, nous avons soin de ne pas comprendre l'urèthre ; dans l'avivement nous avivons les bords de l'urèthre en arrière du gland, de façon à ce que surtout en ce point l'adhésion consécutive puisse être favorable et solide. Ceci fait, nous passons 9 points de suture. 6 profonds traversent les parties avivées, aussi près que possible des bords de la lèvre profonde des surfaces avivées, afin que celles-ci s'adossent aussi exactement que possible, à la manière d'un pont, au-dessus du nouveau canal. Les 3 autres points du suture sont destinés au contraire à rapprocher aussi exactement que possible les lèvres superficielles de l'avivement, qui correspondent aux téguments externes. Ces sutures sont à anses séparées, très rapprochées l'une de l'autre et faites avec des anses métalliques que nous tordons avec soin. Pour passer ces fils, nous nous servons de notre aiguille à manche qui donne autant de régularité que possible et abrège considérable-

ment le manuel opératoire. L'opération terminée, nous introduisons dans la vessie une sonde à demeure afin d'éviter que l'urine baigne la plaie.

29. — Le malade a eu cette nuit des érections qui ont chassé la sonde. Nous la replaçons. TM = 37°,8. P = 86 ST = 39°.

30. — Nouvelles érections, la sonde n'a pu rester en place. TM = 37°,4. S = 37°,8. P = 86. Appétit. Sommeil.

31. — T. et P. normaux. Nous pouvons constater que l'émission de l'urine est volontaire ; pendant la miction le liquide semble passer entièrement par le canal artificiel que nous avons formé.

5 *août*. — Nous enlevons six fils. L'urine s'écoule toujours par le canal.

10. — Un petit abcès s'est formé sur la droite de la symphyse pubienne. Application d'un cataplasme très étroit sur la partie enflammée.

11. — Issue d'une faible quantité de pus. L'abcès est superficiel et ne communique pas avec le canal de l'urèthre. L'urine ne passe pas par l'ouverture de l'abcès ; on enlève les derniers fils.

12. — La cicatrisation est complète, mais l'urine suinte par un orifice imperceptible situé sur la gauche entre la couronne du gland et la peau.

18. — Le malade quitte l'hôpital. Il reviendra dans quelque temps afin que nous puissions fermer le dernier orifice anormal par lequel s'écoule l'urine au moment de la miction.

Le malade rentre le 1er décembre 77, dans notre service. La petite fistule persiste toujours au côté gauche entre le gland et le prépuce.

1er *décembre*. — Chloroforme. Avivement large des bords de la fistule. Adossement des surfaces cruentées et réunion à l'aide de cinq points de suture métallique. On introduit une sonde dans la vessie, afin de soustraire la plaie au contact de l'urine. Pas d'accidents consécutifs. Réunion sans suppuration. Le treizième jour, on enlève les fils. L'urine s'écoule entièrement par l'urèthre, réparation intégrale. Depuis un mois le malade rendait par l'urèthre de petits graviers que l'analyse chimique démontra être des phosphates. L'usage des boissons alcalines soulagea beaucoup le malade qui, dans les derniers temps de son séjour à l'hôpital, n'en rendait presque plus. On lui conseilla d'en continuer l'usage chez lui.

19 *décembre*. — Quitte l'hôpital.

Obs. CCCXVII. — *Papillome verruqueux du gland. Excision. Guérison.* — Pinel (Lucien) vingt-quatre ans, tailleur sur cristaux, entre le 3 août 1877, salle Sainte-Marthe, 9. Malade robuste, sans antécédents pathologiques.

Il y a cinq mois, sans cause connue, le malade a vu apparaître au-

tour du gland de petites productions qu'il compare justement à des verrues. Leur nombre et leur volume ont augmenté progressivement. Il n'a jamais eu de chancre ni d'écorchure; pas d'écoulement blennorrhagique.

Sur le pénis, à sa base et dans la gouttière balano-préputiale, on trouve une dizaine de petites productions verruqueuses pédiculées, à bords dentelés, découpés ; leur tissu rosé paraît chagriné. Ces petites tumeurs varient de volume ; les plus grosses ont celui d'un haricot. Elles sont aplaties entre le prépuce et le gland, rosées comme la muqueuse sur laquelle elles s'implantent. Nulle part de traces de cicatrices de chancre, ou d'ulcération. Le gland est difficilement mis à découvert à cause d'un phimosis congénital : smegma préputial en arrière du gland. Absence de douleurs et d'adénite inguinale.

4. — Excisionet cautérisation au nitrate d'argent. Le malade quitte le service le 8 août.

Obs. CCCXVIII. — *Cancer de la verge. Ablation à l'aide du thermo-cautère. Guérison.* — Haguette (Jean), quarante-quatre ans, ancien notaire, entre le 21 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 12. Forte constitution. Pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques, ni scrofule, ni syphilis. Il y a six ans, il remarqua sur la surface du gland des végétations qui gagnèrent de proche en proche, s'ulcérèrent et s'étendirent au prépuce. La surface de l'ulcération était le siège d'un suintement ichoreux fétide, et le malade ressentait en ce point des élancements douloureux. Bientôt le prépuce et le gland furent détruits en totalité, l'ulcération s'étendit alors aux corps caverneux et spongieux, et poursuivit sa marche pendant que l'état général s'affaiblissait ; les forces diminuaient de jour en jour, les téguments prenaient une teinte jaunâtre subictérique, l'anémie était extrême, les muqueuses pâles et décolorées, et le malade exhalait une odeur infecte. Néanmoins l'ulcération n'a jamais été le siège de véritables douleurs.

21 *mars.* — Les symptômes généraux se sont encore aggravés, il y a de l'œdème des extrémités et l'anasarque est à craindre, si l'on n'intervient rapidement. Quant aux désordres locaux, ils sont des plus graves. La verge est détruite en totalité ; à sa place on observe une vaste ulcération, excavée en forme de coupe, qui a commencé à envahir inférieurement le scrotum au niveau du raphé médian, ce qui donne à la région l'aspect d'une vulve ; elle a gagné, supérieurement, le pubis, et s'étend de ce côté jusqu'au voisinage du bord supérieur de la symphyse ; latéralement elle reste distante de un demi-centimètre des orifices externes des anneaux et des cordons. Les bords sont irréguliers, festonnés, taillés à pic et recouverts de fongosités saignantes ; ils reposent sur une base légèrement indurée. La surface présente de grosses végétations, plus volumineuses à droite

qu'à gauche, et des anfractuosités d'étendue variable, beaucoup plus profondes au niveau de l'urèthre et des corps caverneux, que sur les parties latérales. Toute cette surface est recouverte d'une couche de détritus grisâtres puriformes, mélangés à un liquide ichoreux très abondant. La miction s'effectue normalement, mais le jet d'urine est moins puissant, et quelques gouttes, s'écoulant toujours sur les bourses, ont déterminé un peu d'érythème. Il est facile de reconnaître que les testicules, les canaux déférents et les plexus pampiniformes ne sont pas adhérents au tissu morbide, et ont conservé leur consistance normale ; mais ces organes sont tellement rapprochés, qu'il serait téméraire d'avancer qu'ils ne sont pas envahis en partie. Un fait remarquable, que nous avons déjà eu occasion d'observer plusieurs fois, c'est que les ganglions qui reçoivent ces lymphatiques de la région, ne sont pas envahis, malgré la période avancée de l'affection.

14 *avril.* — Chloroforme. Nous traçons les limites de l'opération, par une incision faite au moyen de cet instrument. Nous enlevons dans un premier temps la plus grande partie de la tumeur afin de mieux poursuivre les prolongements profonds ; l'un d'eux s'étendant dans la direction du testicule gauche, nous faisons l'ablation de cette glande. L'opération terminée, une sonde est introduite dans le canal de l'urèthre, et l'on fait un pansement alcoolisé compressif. Grâce aux soins que nous avons pris, d'opérer avec lenteur et de ne pas porter notre instrument à une température trop élevée, nous avons pu faire l'ablation des tissus morbides, sans hémorragie. Les suites de l'opération furent des plus simples, et la cicatrisation s'effectua, comme dans les cas de plaie simple, mais avec une grande lenteur. Un des premiers bénéfices de l'opération fut de débarrasser le malade de l'odeur infecte qu'il répandait. Dès le quatrième jour la suppuration s'établit franchement, elle resta très abondante pendant une dizaine de jours ; le pus était crémeux, épais, de bonne nature ; puis la suppuration se tarit progressivement ; le vingtième jour après l'opération on commença à réprimer sur les parties latérales de gros bourgeons charnus exubérants ; la surface de la plaie était alors rosée et de bel aspect. Pendant toute la durée du travail cicatriciel nous n'eûmes à redouter aucune hémorragie. L'état général s'améliora de jour en jour ; les forces revinrent, l'œdème des membres inférieurs disparut et le malade commença à se lever à la fin du premier mois. Jamais la température ne dépassa 37°,6. Deux mois après l'opération, le 13 juin 1877, le malade retourna chez lui, il ne restait plus qu'une plaie insignifiante.

§ II

VESSIE ET PROSTATE.

Obs. CCCXIX. — *Fistule recto-vésicale consécutive à la taille. Avivement des bords. Suture. Succès partiel. Phthisie galopante. Mort.* — Robalin (Camille), trente ans, tapissier, entre le 29 juillet 1878, salle Sainte-Marthe, 8.

Pas d'hérédité, pas de maladies graves dans l'extrême enfance. Plus tard il éprouve des troubles de la miction : ténesme vésical, envies fréquentes d'uriner sans polyurie, interruption brusque du jet pendant l'émission de l'urine, hématuries légères ; douleurs sourdes profondes au niveau de la région hypogastrique, sensation de pesanteur au périnée, picotement au niveau du méat. A l'âge de quatorze ans la malade alla consulter Maisonneuve, qui constata la présence d'un calcul vésical volumineux et pratiqua la taille rectale. Le calcul avait la forme et le volume d'une grosse noix, sa surface était granuleuse. Le malade garda le lit environ quatre mois et put reprendre sa vie habituelle. Mais il conserva depuis l'opération une fistule recto-vésicale par laquelle il perd la plus grande partie de ses urines, quelques gouttes seulement sortent par le canal. A l'âge de vingt ans il retourna voir M. Maisonneuve dans le but d'obtenir la guérison de la fistule. On fit à cette époque quelques tentatives, sur lesquelles le malade ne put donner de renseignements précis et qui tendaient, dit-il, à obtenir la dilatation du rectum, mais la fistule ne fut pas opérée. Le contact continuel de l'urine avec les téguments du pourtour de l'anus provoque un érythème et de petites excoriations très douloureuses, entretenus en outre par la production de dépôts calcaires. Le mode de vie spécial que nécessite son infirmité, les précautions dont il est obligé de s'entourer ont amené un changement du caractère. Ce malade est devenu triste, sombre, mélancolique, irritable. L'anémie est survenue ; il a peu à peu maigri et perdu ses forces. Troubles des fonctions digestives, dyspepsie, aigreurs, flatulences, nausées fréquentes, alternatives de constipation et de diarrhée. Il vient nous prier de remédier à ses souffrances.

29 *juillet.* — La plus grande partie des urines est expulsée par le rectum, néanmoins cette miction rectale s'effectue dans de certaines limites sous l'influence de la volonté et par le mécanisme de la défécation. Lorsque le malade est obligé de retenir ses gaz, il les sent pénétrer dans la vessie, néanmoins il n'en a jamais rendu par l'urèthre. Le toucher rectal démontre que le sphincter de l'anus est con-

servé et possède sa contractilité normale. La fistule siège immédiatement au-dessus de cette portion sphinctérienne et répond par conséquent au bas fond de la vessie. Elle a trois centimètres de diamètre et admet facilement l'introduction de l'index dans la vessie. L'exploration montre que la vessie est constamment vide et que son fond est abaissé au-devant de l'orifice fistuleux qu'elle recouvre directement. Bien que le bas-fond de l'organe soit détruit, nous ne pouvons pas découvrir les embouchures des uretères. La connaissance des rapports anatomiques paraît démontrer qu'elles doivent être très rapprochées du bord supérieur de la fistule. Le col de la vessie est détruit, ainsi qu'une partie de la prostate. La muqueuse vésicale paraît saine, on n'y sent ni fongosités, ni ulcérations, mais les tuniques musculaires semblent épaissies, hypertrophiées et ont une consistance très dure. Les bords de la perte de substance sont cicatriciels, festonnés, irréguliers et épais d'un centimètre. Cet examen est très douloureux et plonge le malade dans un état de surexcitation qui empêche de le prolonger longtemps. Malgré les difficultés que présente l'opération, nous n'hésitons pas à l'entreprendre, en raison de tous les accidents que provoque la fistule.

10 *août.* — Chloroforme. Le malade est d'abord couché sur le côté gauche, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. Nous introduisons dans le rectum un large spéculum ani, afin d'examiner de plus près les désordres. Cet examen confirme les données fournies par le toucher ; il montre en outre, que la dilatation simple de l'extrémité inférieure de l'intestin ne saurait suffire pour permettre d'aborder la fistule. Afin d'obvier à ces inconvénients, nous débridons largement en sectionnant sur la ligne médiane les sphincters et les parties molles, de cinq centimètres du côté du périnée, de trois centimètres du côté du coccyx. Ce débridement est fait de telle façon que l'orifice anal est disposé à la manière d'un entonnoir dont la grande ouverture regarde en dehors et dont le sommet est rapproché de un centimètre de la fistule. Après cet agrandissement, il est facile d'introduire un spéculum américain et d'opérer comme s'il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale. L'avivement présente cependant quelques difficultés qui tiennent à ce qu'au lieu d'être sur la ligne médiane, la fistule est latérale et que la moitié gauche est cachée sous l'ischion auquel elle adhère. Malgré ces difficultés, nous avons débridé largement, en faisant porter la perte de substance du côté de la muqueuse rectale et en respectant la muqueuse vésicale. La même difficulté se rencontre pour la suture métallique. Pour passer les points de suture à anses séparées, de façon à affronter exactement les lèvres si distantes de la plaie, nous sommes obligé d'exercer sur la moitié droite du pourtour de la fistule qui a été taillée aux dépens des parties molles de la cloison recto-vésicale, une traction assez forte, il faut

beaucoup d'attention, pour que les fils soient placés régulièrement et n'aient pas trop de tendance à sectionner les bords avivés. Douze points de suture sont appliqués ; les extrémités libres des fils sont attirées au dehors et maintenues par le procédé que nous employons dans la fistule vésico-vaginale. Avant d'aviver et de suturer la plaie, nous avons pris soin d'introduire une sonde d'assez fort calibre, coupée transversalement aux deux bouts, et qui soit facile à renouveler plus tard à l'aide d'un mandrin conducteur. Cette précaution est nécessaire pour ne pas exposer pendant la manœuvre du cathétérisme à engager le bout de la sonde entre les lèvres de la fistule. L'extrémité libre de cette sonde est maintenue comme à l'ordinaire autour du gland.

A partir de l'opération, le malade éprouve un bien-être plus grand que nous ne l'eussions supposé. Il affirme que la nuit suivante il put dormir, ce qui ne lui était pas arrivé depuis le jour de sa première opération. Il ressent du côté du rectum un calme complet. Pendant les huit premiers jours la température ne dépassa pas 38°,6, ensuite elle fut normale. Les fils furent enlevés les quatorzième et quinzième jours, la réunion était complète et le malade urinait exclusivement par la sonde. Du dix-huitième au vingt et unième jour il eut de la diarrhée, que l'on arrêta par l'emploi du bismuth. Le vingt-cinquième jour quelques gouttes d'urine commencèrent à s'échapper par le rectum, une petite déchirure s'était produite au côté gauche de la cicatrice. Malgré les tentatives que l'on fit pour obtenir la cicatrisation à l'aide des cautérisations avec le nitrate d'argent, une fistulette persista. Vers la fin de septembre un de nos collègues des hôpitaux tenta, pendant notre absence, l'avivement et la suture des bords de la fistule. Nous nous promettions, nous-même, de fermer la fistule lorsque le tissu inodulaire serait vascularisé, lorsque nous vîmes débuter et évoluer sous nos yeux une tuberculose pulmonaire, qui emporta le malade, le 27 novembre 1878.

Obs. CCCXX. — *Abcès de la prostate ouvert spontanément à la suite d'un cathétérisme.* — Vanexter (Lambert), vingt-sept ans, ferblantier, entre le 30 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 1. Malade ayant contracté une blennorrhagie il y a deux mois. Il se plaint de douleurs vives dans la région périnéale, mais il entre à l'hôpital pour une rétention d'urine datant de quarante-huit heures. Toute la région hypogastrique est occupée par la vessie distendue qui remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Matité dans toute cette région. On pratique immédiatement le cathétérisme avec une sonde de trousse. L'instrument pénètre dans la vessie après un instant d'arrêt au niveau de la région prostatique et l'urine s'écoule facilement. La vessie une fois vidée, on retire la soude et c'est en la retirant que le bec de celle-ci se trouve porté vers la prostate et immé-

diatement s'écoule un flot de pus. La présence d'un abcès prostatique expliquait la rétention d'urine.

Le malade quitte le service trois jours après. L'urèthre donnait encore passage à quelques gouttes de muco-pus. Les douleurs avaient disparu. Le malade devra suivre chez lui un traitement pour sa blennorrhagie.

Obs. CCCXXI. — *Cancer primitif de la prostate propagé au col ou au bas-fond de la vessie. État cachectique.* — Fouillet (Jean), soixante-deux ans, scieur de long, entre le 8 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 4. Pas d'antécédents héréditaires. Alcoolique. Il y a six mois deux hématuries assez abondantes en une semaine sans cause connue. Depuis cette époque, il éprouvait presque continuellement un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre. Il eut une trentaine d'hématuries après chacune desquelles il éprouvait un soulagement sensible. Il a pu continuer son travail jusqu'au mois dernier. Mais depuis cette époque il a considérablement maigri, et a perdu ses forces.

8 *juin.* — Apparence cachectique. Peau couleur feuille morte. Fièvre le soir ; délire nocturne. Rétrécissement uréthral siégeant à 13 centimètres du méat, laissant pénétrer la sonde n. 9. Sentiment de gêne, de pesanteur dans le bas-ventre. Ténesme vésical. Urines boueuses, fétides, contenant du sang et des globules de pus. La quantité expulsée en vingt-quatre heures est à peu près normale. Pour 500 grammes de liquide il y a 39 grammes de dépôt purulent et sanguin. Par le cathétérisme il est impossible de sentir la présence d'une tumeur quelconque dans la vessie. La sonde accuse seulement des colonnes très prononcées et comme un épaississement de la muqueuse. Le toucher rectal révèle une hypertrophie de la prostate qui est dure, marronnée. État général mauvais, amaigrissement. Rien dans les ganglions. Traitement palliatif.

13 *juillet.* — Le malade quitte le service sur sa demande, dans le même état.

Obs. CCCXXII. — *Rétention d'urine. Hypertrophie de la prostate. Fausse route. Ponction de la vessie. Cathétérisme possible à la suite. Urémie. Mort. — Autopsie : Hypertrophie prostatique. Pyélonéphrite suppurée du côté gauche.* — Cotter (Paul), soixante-quinze ans, cordonnier, entre le 16 mai 1877, salle Saint-Augustin, 79.

Ce vieillard est arrivé à l'hôpital presque sans connaissance. Il n'a pas uriné depuis deux jours. Un médecin a essayé de le sonder hier soir, mais sans succès. Il est sorti du sang par le méat après la tentative.

16 *mai.* — Après avoir exploré le rectum et constaté une hypertrophie considérable de la prostate, on tente le cathétérisme avec une grosse sonde molle en caoutchouc rouge. La sonde ne pénètre pas et s'engage dans la fausse route. On cesse toute tenta-

tive, et l'on donne un grand bain d'une heure au malade. Le bain ne produit pas de résultat. Le soir, à la contre-visite, le malade est dans un état de semi-coma. Il se plaint continuellement de son ventre. La vessie est très volumineuse. Du pubis, la ligne de matité remonte jusqu'à l'ombilic ; la ponction de la vessie reconnue nécessaire est pratiquée au-dessus du pubis avec un trocart capillaire de l'appareil Potain. L'aspiration donne deux litres de liquide sanguinolent et ammoniacal. Les gouttes d'urine qui s'écoulent sont louches et d'aspect purulent.

17. — Une nouvelle tentative de cathétérisme avec la sonde en caoutchouc rouge réussit pleinement. Il s'écoule deux litres d'urine ammoniacale. Le soir on sonde de nouveau le malade.

18. — Même état. Le malade est sondé deux fois par jour. Incontinence des matières fécales.

19-23. — Les jours suivants l'état général s'aggrave, la langue se dessèche, le coma se prononce de plus en plus. L'urine est toujours très ammoniacale.

24. — Mort à dix heures du matin.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort. La vessie est remplie de liquide ammoniacal, épais et louche. On enlève ensemble la vessie, la prostate, la verge et le rectum par la division de la symphyse pubienne. Puis le canal de l'urèthre étant fendu sur la partie médiane, on constate que la prostate est fortement hypertrophiée. Le lobe médian fait une saillie anguleuse à l'embouchure du canal. Les deux lobes latéraux ont chacun le volume d'un œuf. Le verumontanum n'est pas très marqué. L'embouchure des canaux déférents est peu apparente. La surface interne de la vessie, presque normale, est seulement un peu décolorée.

Le rein gauche est altéré. Sa surface externe est noirâtre et entremêlée de points grisâtres, mous au toucher. A la coupe, le tissu est ramolli. On trouve disséminés dans la substance corticale de petits abcès. Le pus se fait jour dans les calices et les bassinets. En résumé pyélonéphrite du rein gauche.

Le rein droit ne présente pas de traces de suppuration. On y trouve simplement, disséminés dans la substance corticale, de petits points grisâtres qui ressemblent à des tubercules.

Thorax. — Les deux poumons sont retenus par des adhérences à la paroi thoracique au niveau de leurs sommets. On y trouve des tubercules crétacés sans excavation avec un tissu pulmonaire induré et noirâtre tout autour. Pas de congestion pulmonaire. Le foie ramolli. Il n'y a rien sur la rate. Le cœur paraît sain en dehors de quelques plaques athéromateuses disséminées sur l'endocarde. De même la surface interne de l'aorte est parsemée de plaques jaunes, dont quelques-unes calcaires. Le grand sinus de l'aorte est très développé.

§ III

URÈTHRE.

Obs. CCCXXIII. — *Rétrécissement inflammatoire. Dilatation progressive.* — Perrin (Eugène), trente-quatre ans, cuisinier, entre le 29 mars 1878, salle Saint-Augustin 1. Homme assez chétif mais n'ayant jamais été malade.

En 1857, une blennorrhagie qui a duré deux ans et pour laquelle il n'a fait aucun traitement. Trois ans après il éprouva une sorte de gêne pour uriner. Le jet beaucoup plus mince était projeté moins loin. Pas de douleur pendant la miction, mais quelques démangeaisons et souvent une sensation de cuisson au bout du méat. Cinq ou six mois après le début, il éprouvait des douleurs dans les reins qui quelquefois s'irradiaient dans tout l'abdomen. Il habitait alors Nîmes et se rendit à l'hôpital de cette ville. Pendant son séjour cathétérisme en commençant par le n° 4, et l'on arriva progressivement à introduire le n° 12.

Le jet d'urine était devenu plus fort, et cette sensation de cuisson, de même que le prurit que le malade ressentait au bout de la verge, avaient disparu.

Cette presque guérison dura sept mois, mais le malade négligea de se sonder comme on le lui avait prescrit, et bientôt il éprouvait une nouvelle difficulté pour pisser.

Voyant que le jet devenait de plus en plus filiforme, il entre à l'hôpital de Lille, où il habitait à cette époque.

La première sonde qu'on introduisit fut le n° 5, et on parvint peu à peu à passer le n° 13.

Se sentant mieux, le malade demanda sa sortie et pendant près d'une année se sonda chez lui.

Jusqu'à il y a trois ans, la miction a été presque normale ; puis à cette époque, sans avoir fait d'excès d'aucune sorte, sans avoir travaillé outre mesure, il ressentit dans les lombes de violentes douleurs qui revenaient presque tous les deux jours ; en même temps, il était obligé de faire quelques efforts pour évacuer le liquide qui n'allait pas à plus de 15 centimètres au delà des pieds. Un prurit insupportable au bout de la verge, et un sentiment de brûlure pendant le passage de l'urine, mais surtout après. Jusqu'à la fin de mars de cette année, il n'a pas suivi de traitement.

La première fois, on emploie la sonde n° 5 qui ne s'engage pas à plus de 10 centimètres du méat. Retirée, on introduit la sonde n° 4,

qu'on finit par faire franchir, après de lentes tentatives, dans le rétrécissement qui siège à 10 à 12 centimètres du méat. Jamais de sang dans les urines, qui à la vue paraissent normales. Dilatation progressive pendant 3 semaines; on commence par le n° 4, et on arrive au n° 12.

Obs. CCCXXIV. — *Rétrécissement inflammatoire. Dilatation progressive.* — Lansquenet (Auguste), trente-six ans, tabletier, entre le 2 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 11.

Il y a trois ans, blennorrhagie qui n'est traitée que six semaines après le début par des injections de vin aromatique. Trois semaines après, guérison complète. Quatre mois plus tard, chancre induré dont on voit aujourd'hui la cicatrice un peu à droite du frein de la verge. Entre à l'hôpital du Midi (service de M. le Dr Simonnet). Plaques muqueuses dans la gorge, aux commissures des lèvres, à l'anus. Croûtes dans les cheveux et chute de ces derniers par places. Guérison après un traitement spécifique de trois mois. Il y a un an, le malade, qui jusqu'alors avait très bien uriné, ressentit pendant son travail un pressant besoin de miction. Celle-ci, fut longue, difficile, douloureuse, le jet très petit. Il ne se préoccupait pas de son état lorsqu'il y a deux mois le jet devint de plus en plus faible. Mais la douleur et ce sentiment de cuisson qu'il éprouvait auparavant avaient disparu.

3 *janvier*. — On introduit successivement les sondes nos 3, 4, 5, 6, 7, qui glissent facilement le long du canal. La sonde n° 8 introduite alors est arrêtée au niveau de la portion membraneuse ; toutefois, après quelques minutes, on parvient à franchir le rétrécissement. Bain.

4. — Les nos 9, 10, franchissent facilement; le n° 11 franchit également, mais est un peu serré. Le malade n'urine plus goutte à goutte, mais le jet tombe à 2 centimètres à peine des pieds. Sensation de brûlure après qu'on retire la sonde qu'il garde deux heures. — Bain.

5. — On passe le n° 12. Le jet d'urine est lancé un peu plus loin, et le malade a besoin de faire très peu d'efforts.

6. — Sonde n° 13 passe, mais elle est tellement serrée qu'on introduit de nouveau le n° 12. Le jet d'urine est le même.

7. — Le n° 13 ne peut franchir le rétrécissement. — Bain.

8. — Le malade, menacé de perdre son travail, demande sa sortie et promet de venir de temps en temps se faire sonder.

Obs. CCCXXV. — *Rétrécissement inflammatoire. Dilatation progressive. Uréthrotomie interne. Guérison. Nouveaux accidents au bout de quatre ans. Dilatation progressive. Pneumonie intercurrente. Mort.* Poutier (Isidore), soixante-huit ans, entre le 2 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 70.

Aveugle de naissance, cet homme chante dans les cafés et les rues; il s'enivre très souvent. A l'âge de vingt ans, chaude-pisse qui a duré deux ans. Dans le courant de 1871, premières difficultés pour uriner qui disparaissent après quelques jours. Deux mois environ après, il fit un soir de copieuses libations (trois litres de vin blanc) et fut surpris le lendemain de ne pouvoir uriner. Un médecin le sonda, et retira une grande quantité d'urine. Pendant quinze jours, la miction se fit comme d'habitude, puis nouvelles difficultés, jet d'urine très mince et sensation de cuisson le long du canal. Cathétérisme. Dilatation pendant une huitaine de jours. En 1874 uréthrotomie interne. — Guérison jusqu'au mois de septembre de cette année. Excès de boisson surtout en juillet et août. La miction redevient difficile; jet d'urine petit et faible. Pas de traitement. Le malade continue à s'enivrer fréquemment. Depuis huit jours, l'urine ne sort que goutte à goutte, mais sans douleurs.

Le 2 janvier, entre à l'hôpital. A la visite du lendemain, on fait pénétrer une bougie n° 9 qui passe sans difficultés, de même les n°s 11, 12, 13. Le n° 14 est arrêté à 3 centimètres du méat, et après quelques tâtonnements finit par franchir le rétrécissement. Nouvel obstacle au niveau du bulbe qu'on parvient également à vaincre. En retirant la bougie, on voit au méat un écoulement de quelques gouttes de sang mélangé d'urine. On introduit une sonde de même calibre qu'on laisse à demeure pendant deux heures. — Bain.

4 janvier. — On ne peut faire pénétrer un numéro plus élevé. — Bain.

5. — Le n° 15 s'engage, mais est très serré. Urines jaunes très foncées, troubles, fétides.

6. — Même numéro. — Bain.

7. — Le n° 15 ne peut plus franchir le rétrécissement. Hier dans la soirée il a éprouvé des douleurs cuisantes en urinant; un peu de ténesme. On introduit la sonde n° 14.

8. — Même état.

9. — Le n° 15 pénètre, mais est très serré; les douleurs cuisantes des jours précédents sont moindres, l'urine est aussi plus claire. Bains.

10. — Toujours n° 15.

13. — On ne peut introduire une sonde d'un numéro plus élevé. Les urines renferment du pus.

18. — Sonde n° 16 qui est un peu serrée et que l'on ordonne au malade de garder deux heures.

23. — Sonde n° 16 passe facilement, mais on ne peut introduire un numéro plus fort.

25. — Pneumonie. Mort le 30 janvier.

Obs. CCCXXVI. — *R. inflammatoire. Dilatation permanente.* — D'Es-

pinay (Roger), cinquante-deux ans, ancien officier, entre le 19 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 19. Alcoolique.

En 1844, blennorrhagie ayant duré trois mois. En 1850, sensation de brûlure le long du canal pendant la miction qui s'opère difficilement. Jet d'urine n'allant pas à plus de 5 centimètres au delà des pieds. Cet état dure pendant environ deux mois, puis, sans traitement, le jet d'urine est projeté sans efforts presque à la limite ordinaire. En 1862, le jet d'urine redevient faible et petit ; miction laborieuse. Dilatation progressive, bains de siège, frictions sur le périnée avec une pommade belladonée, abstinence de boissons alcooliques. Mieux sensible pendant trois ou quatre ans, mais le malade, fatigué du traitement, reprend ses habitudes de café. Jusqu'en octobre dernier, sans uriner facilement, il arrivait cependant à vider presque complètement la vessie. Depuis ce moment l'urine sort involontairement goutte à goutte.

Entré le 19 décembre dans notre service, on essaie d'introduire des bougies en commençant par le n° 3. Impossibilité absolue, de même pour les n°s 2 et 1. Pendant plus de dix minutes, l'interne du service fait des tentatives avec ce dernier numéro sans réussir à franchir le rétrécissement qui se trouve à environ 4 centimètres du méat.

Nouvelles tentatives sans plus de succès et ce n'est que le 3 janvier 1878 qu'on arrive à faire passer la bougie n° 1.

Les jours suivants on essaye en vain un numéro plus élevé. L'urine est mélangée de sang, et le malade éprouve de vives douleurs pendant la miction.

7 *janvier*. — La sonde n° 2 franchit le rétrécissement et est laissée à demeure. Bains.

8 — Sonde n° 3 passe, avec frottement ; elle est également laissée à demeure. Bains.

9. — Sonde n° 4, maintenue à demeure. Bains.

L'urine de la veille contient un peu de mucus.

10. — Sondes n°s 5 et 6 passent très facilement. Le n° 7 franchit le rétrécissement, mais est serré.

11. — Sonde n° 8. Le malade se lève une partie de la journée.

12. — Sondes n° 9, puis n° 10 pénètrent assez facilement.

13. — Sonde n° 11. Sort le 14 sur sa demande.

Obs. CCCXXVII. — *R. inflammatoire. Dilatation progressive.* — Finck (Michel), cinquante-six ans, cordonnier, entre le 28 décembre 1878, salle Saint-Augustin, 79.

Bonne constitution. Trois blennorrhagies, la première en 1840, la deuxième trois ans après, la troisième en 1851. Cette dernière fut plus rebelle au traitement par les injections au tannin. Jusqu'en 1873, la miction avait été normale. A cette époque, il commença à

avoir de la dysurie, le jet d'urine était très faible, quelquefois même il tombait sur le bout des pieds. Cet état de choses dura un an environ, puis, sans aucun traitement, le malade éprouva moins de peine pour uriner, le jet devint plus fort, mais ne fut jamais projeté aussi loin qu'auparavant.

Il y a un an, la miction est redevenue difficile et douloureuse ; sentiment de brûlure le long du canal, jet d'urine de plus en plus fin, et depuis deux mois, le malade n'urine que goutte à goutte. Il a parfois de l'incontinence d'urine, et c'est ce qui l'amène à l'hôpital. Pas de sang ni de pus dans l'urine.

Nous introduisons dans l'urèthre une sonde n° 6 qui est arrêtée à environ 12 centimètres du méat.

On prend successivement les n°s 5 et 4 qu'on ne parvient pas à faire franchir le rétrécissement.

La sonde n° 3 s'engage, mais est très serrée. On ordonne au malade de la garder quatre heures.

1er *janvier.* — On peut faire pénétrer le n° 4 très facilement. On le retire pour introduire le n° 5 qui, après quelques difficultés, finit par passer. Le malade urine toujours goutte à goutte.

3. — Sonde n° 5 ; le n° 6 ne peut être engagé dans le rétrécissement.

5. — Sonde n° 6 qui entre facilement.

6. — Sonde n° 7.

10. — Malgré les tentatives faites, on n'a pu pendant ces quatre jours obtenir le passage d'un numéro plus fort. Aujourd'hui on franchit le rétrécissement avec le n° 8.

Du 11 janvier au 17 on n'a pu arriver qu'au n° 9. Sort le 12 sur sa demande.

Obs. CCCXXVIII. — *R. inflammatoire double. Dilatation progressive. Insuccès. Uréthrotomie interne. Guérison.* — Francier (Henri), cinquante-huit ans, souffletier, entre le 14 mai 1878, salle Saint-Augustin, 6.

Sujet maigre, débilité, n'ayant cependant jamais eu de maladies graves. Deux chaude-pisses, l'une il y a vingt-trois ans, la seconde l'année suivante. Deux ans après cette dernière il fut pris brusquement d'ischurie. Cet état dura trois jours et la miction redevint facile, seulement le jet était projeté moins loin que d'habitude, puis peu à peu la miction nécessita tels efforts, qu'ils provoquaient la défécation. Venu à Paris, il se présenta dans le service de Velpeau où il fut admis. Quelques jours avant son entrée, et pour la première fois, il avait éprouvé un sentiment de brûlure pendant et après l'écoulement de l'urine. Il fut traité par la dilatation progressive et après deux mois de séjour à l'hôpital de la Charité, il sortait presque guéri. Le malade ne saurait se rappeler par quel numéro on commença la dilatation, mais il nous dit que M. Velpeau employa une sonde très petite, et qu'à sa sortie on en introduisait

de grosses. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis dix-neuf ans, le malade a continué à se sonder comme on le lui avait conseillé. Il se sondait dans les premiers mois jusqu'à quatre fois par semaine. Mais après, il n'avait recours à la sonde qu'une fois par semaine et quelquefois une fois tous les quinze jours. Le jet d'urine était projeté assez loin, mais il n'a jamais été aussi fort qu'avant le début de l'affection.

Il y a trois mois, nouvelle rétention complète d'urine qui cesse le lendemain. Comme depuis il éprouve beaucoup de difficulté et de la douleur pour uriner il entre à l'hôpital.

On introduit une sonde n° 2 qui entre assez facilement. La sonde n° 3 est arrêtée à environ 10 centimètres du méat. Après quelques tentatives elle franchit le rétrécissement pour être arrêtée de nouveau au niveau de la région prostatique. Enfin on parvient à passer.

En examinant la prostate au moyen du toucher rectal, on sent qu'elle est plus dure et plus volumineuse qu'à l'état normal. L'urine est épaisse, d'odeur ammoniacale, et sédimenteuse. Cinq jours après l'entrée on arrive à faire pénétrer la sonde n° 7. L'urine présente le même aspect. Le jet d'urine est un peu plus fort; moins de cuisson pendant la miction. — Bain.

17 *mai*. — On essaie d'introduire la sonde n° 4 sans y parvenir.

18. — Le n° 4 pénètre dans la vessie, mais est très serré.

19. — On introduit encore le n° 4 ne pouvant employer le numéro supérieur.

22. — Uréthrotomie interne. Sonde n° 16 à demeure.

La guérison arrive sans accident et le malade sort le 11 juin 1878.

Obs. CCCXXIX. — *R. cicatriciel au voisinage du méat. Excision de la bride; trois ans plus tard, dysurie; rétrécissement inflammatoire de la portion membraneuse. Dilatation progressive. Guérison.* — Deleau (Adolphe) vingt-six ans, serrurier, entre le 26 avril, salle Saint-Augustin, 17.

Quatre blennorrhagies : la première en 1869, la seconde, l'année suivante, la troisième en 1873, la quatrième il y a dix mois. Dès 1872, il avait éprouvé de la difficulté à uriner à la suite d'une bride cicatricielle du méat. Pendant les années 1873 et 1874, il fit plusieurs séjours à l'hôpital Saint-Louis, pendant lesquels on tenta la dilatation progressive, sans obtenir d'amélioration sérieuse. Entre dans notre service, en 1875. Incision de la bride cicatricielle et dilatation avec les sondes (*Clin. de* 1875, *obs.* 544, *p.* 500). Ne se sonde plus après la guérison ; dix-sept mois plus tard il éprouve de nouvelles difficultés à uriner.

Il y a dix mois, il a pris une chaude-pisse qui a été guérie après un traitement de trois mois. Depuis le mois de janvier il éprouve des envies fréquentes et de la dysurie. Quand la miction a lieu, le jet est

faible et il éprouve une douleur cuisante pendant et après l'écoulement du liquide. Cet état, fatiguant beaucoup le malade, l'empêche de dormir, aussi a-t-il maigri notablement. Depuis six semaines, les choses se sont aggravées et il ne pisse plus que goutte à goutte. La première sonde qu'on emploie est le n° 4, mais qui est arrêtée à 10 centimètres du méat, par un retrécissement qui n'existait pas lorsque le malade était dans notre service en 1875. Après de lentes tentatives, on finit par faire pénétrer la sonde qui est très serrée. On ordonne au malade de la conserver une heure. Bains tous les deux jours. On arrive à faire pénétrer le n° 16 et le malade sort sur sa demande au bout de trois semaines.

Obs. CCCXXX. — *R. inflammatoire. Dilatation progressive.* Velter (Girot), soixante-trois ans, fabricant de porte-monnaies, entre le 12 avril 1877, salle Saint-Augustin, 2.

Cet homme parlant à peine français, il nous a été difficile de connaître les antécédents. Nous croyons avoir pu comprendre qu'il a toujours joui d'une bonne santé et qu'il n'a eu qu'une chaudepisse il y a vingt-cinq ans, que depuis seulement quatre ans il a de la difficulté à uriner.

12 *avril.* — L'ayant fait uriner devant nous, on a pu constater que le jet était petit, saccadé et n'était obtenu qu'avec d'assez grands efforts. Pas de sang dans les urines.

On introduit dans le canal une bougie n° 15 de la filière de *Bénas*, elle pénètre facilement jusqu'au niveau du bulbe où elle est arrêtée. Une bougie n° 14 franchit le retrécissement, mais elle est très serrée, et pendant son passage le malade accuse de la douleur. Elle est gardée pendant quatre heures.

13. — Le n° 14 franchit plus facilement le rétrécissement, mais l'introduction du n° 15 n'est pas possible.

15. — On fait pénétrer le n° 15.

25. — On est parvenu au n° 18; le jet d'urine est projeté plus long et avec de moindres efforts.

29. — Bougie du n° 11 toujours de la filière *Bénas*. Miction de plus en plus facile.

3 *mai.* — On ne peut passer le n° 22 qu'avec peine. Le malade demande à s'en aller. Nous lui conseillons de continuer à se sonder.

Obs. CCCXXXI. — *R. inflammatoire. Dilatation progressive.* Maner (Michel), 50 ans, frappeur, entre le 14 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 17.

Il y a vingt-cinq ans, blennorrhagie qui a duré trois mois ; depuis cette époque, inflammation chronique de la muqueuse uréthrale. Chaque matin quelques gouttes de pus précèdent la première miction. Injections sans résultat.

Il y a douze ans, difficulté pour uriner; uréthrotomie interne dans



le service de M. Voillemier ; il négligea de se sonder comme on le lui avait recommandé et, quatre mois plus tard, les symptômes de rétrécissement reparurent.

Depuis trois mois, difficulté considérable de la miction ; jet d'urine en arrosoir ; les envies d'uriner sont de plus en plus fréquentes et la quantité d'urine diminue progressivement à chaque miction. En même temps le malade accuse un sentiment de picotement et de cuisson violente dans le canal de l'urèthre. Jamais d'hématurie. Pas de miction involontaire. Le gland est volumineux, un peu violacé et l'on remarque à l'orifice du méat une goutte de muco-pus. Avec la sonde n° 4 on pénètre facilement jusqu'à 6 centimètres : mais là on sent un premier rétrécissement circulaire peu étendu, qui se laisse franchir assez facilement. Second rétrécissement à 11 centimètres du méat : celui-ci paraît plus important. On ne le franchit qu'après avoir tourné le bec de la sonde un peu à gauche du canal, il peut avoir une étendue de un demi-centimètre et semble dépendre surtout du côté droit de la paroi uréthrale. La sonde arrive ensuite dans la vessie sans rencontrer d'obstacle. Pas de calculs vésicaux. La quantité d'urine est normale, mais le liquide est légèrement ammoniacal ; et, si on le laisse dans un verre gradué, on trouve une proportion de 17 grammes de muco-pus pour 150 grammes d'urine. Il n'y a pas de sang. Au toucher rectal, légère hypertrophie de la prostate. Dilatation progressive.

Le 31 *mars*. — N° 14.

1er *avril*. — N° 15.

2. — N° 16. Capsules de térébenthine.

3. — Le malade a eu un léger frisson hier soir.

On ne pratique pas le cathétérisme. Les envies d'uriner sont moins fréquentes, chaque miction est plus abondante.

La quantité de muco-pus a notablement diminué ; c'est à peine si au fond du verre on remarque un léger dépôt floconneux.

6. — On passe le n° 16 sans difficulté. Capsules de térébenthine, pas de frisson.

7. — On passe le n° 18.

Le 8 avril le malade quitte le service. Il doit continuer à se sonder.

Obs. CCCXXXII. — *R. inflammatoire. Dilatation progressive.* — Valade (Pierre), soixante-six ans, chapelier, entre le 9 avril 1877, salle Saint-Augustin, 71.

Sujet maigre, alcoolique, n'a jamais eu de maladies graves ou syphilitiques. Deux chaudepisses, l'une à l'âge de vingt-sept ans, l'autre à trente-trois. Cette dernière a été longue à guérir malgré un traitement régulièrement suivi. A partir de cette époque, il a eu plusieurs fois de la rétention d'urine. En 1870, il a commencé à éprouver et d'une manière continue des besoins impérieux d'uriner, mais jusqu'à

la fin de 1875 le jet d'urine était encore projeté assez loin. En janvier 1876, les besoins devinrent plus fréquents encore et il n'urina plus que goutte à goutte. Jamais de sang.

En 1877, le 9 avril, il se décide à entrer à l'hôpital ; nous introduisons une sonde n° 12 qui est arrêtée au niveau de la portion membraneuse, de même la sonde n° 11. Le n° 10 franchit le rétrécissement, mais non sans difficulté. On vide la vessie, qui contient 450 grammes d'une urine légèrement trouble.

11 *avril*. — On passe une bougie n° 11 et l'on ordonne au malade de la garder trois heures.

14. — Bougie n° 13. Le malade urine par jets très courts.

15. — Bougie n° 14 qui passe très facilement.

1er *mai* 1877. — On peut introduire la sonde n° 20; la miction est beaucoup plus facile.

13. — Sonde n° 23 passant sans difficulté. Le malade urine assez facilement et demande sa sortie. Il se sondera lui-même.

14. — Il quitte le service.

Obs. CCCXXXIII. — *R. inflammatoire. Abcès urineux. Ouverture de l'abcès. Dilatation progressive.* — Chevret (Pierre), cinquante-huit ans, cuisinier, entre le 24 mai 1878, salle Saint-Augustin, 5.

Ne peut dire le nombre de ses blennorrhagies, tant il en a eu. La dernière date de quatre ans et, malgré des injections de toutes sortes, il n'a pu parvenir à la guérir. Mais c'est un homme dont la santé est détériorée par l'abus des boissons alcooliques. Malgré sa chaudepisse il boit chaque jour de nombreux verres d'absinthe, de bitter, de vermouth et de madère, *peu de vin*.

C'est il y a trois ans que, pour la première fois, il a éprouvé de la difficulté à uriner et de la cuisson, puis une véritable douleur pendant, mais principalement après la miction. Quatre mois après le début de la maladie, il s'aperçut que derrière le scrotum, sur le périnée, il y avait une grosseur du volume d'un œuf de pigeon. Dure et peu douloureuse d'abord, elle augmenta, s'amollit, la peau à sa surface devint rouge, luisante, s'amincit et finalement s'ouvrit spontanément. Souffrant énormément, il entra dans cet état dans un hôpital où il resta six semaines.

A sa sortie il existait une fistulette par où s'écoulaient de temps en temps des gouttes d'urine. Son rétrécissement était presque guéri, le jet d'urine était redevenu à peu près normal, mais on lui avait ordonné de se sonder fréquemment et conseillé de boire beaucoup moins. Il a continué à se livrer à des excès de boisson et de coït, et, depuis dix-sept jours, la miction est devenue difficile et douloureuse. En outre, il y a neuf jours, s'est formé sur le scrotum un abcès du volume d'un petit œuf de poule, presque arrivé à maturité. La peau qui le recouvre est rouge, luisante, amincie, chaude, il y a de la fluc-

tution. En arrière, immédiatement sur la limite du périnée, on voit l'orifice des deux trajets fistuleux que nous avons signalés et par où suintent en ce moment des gouttelettes d'urine.

On fait le cathétérisme avec une sonde n° 6. Cette sonde passant facilement, on introduit le numéro au-dessus qui est un peu serré.

25 *mai*. — Ponction de l'abcès urineux avec le bistouri.

13 *juin*. — Les orifices fistuleux sont cicatrisés et la sonde n° 13 franchit sans difficulté le rétrécissement. Urine normale. Pas de douleur pendant ou après la miction.

27. — Le malade presque guéri demande sa sortie.

Obs. CCCXXXIV. — *R. inflammatoire. Abcès urineux. Sonde à demeure. Dilatation progressive.* — Pasquier (Jules), cinquante-six ans, employé des pompes funèbres, entre le 22 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 78.

A eu deux chaudepisses : la première à dix-sept ans, guérie en trois semaines par un traitement approprié. Aucune difficulté à uriner Seconde blennorrhagie à quarante-neuf ans. Consécutivement un rétrécissement. Pas de traitement, difficulté pour uriner.

Il y a six mois, a éprouvé une sensation de torsion, de pesanteur dans le rectum et le périnée. Vingt jours après, la peau de cette dernière région a pris une teinte rougeâtre, s'est gonflée, amincie et perforée. Une deuxième perforation se faisait quinze jours après sur la partie postéro-inférieure du scrotum. Ces fistules fermées incomplètement se sont rouvertes il y a deux mois, et l'urine s'est écoulée partie par ces orifices, partie par l'urèthre. Érythème de la partie supéro-interne des cuisses, du scrotum et du périnée. Rétrécissement siégeant à 8 centimètres du méat. Sonde à demeure.

2 *février*. — L'urine ne sort plus par les fistules ; le malade se trouve beaucoup mieux.

12. — Les fistules sont fermées.

27. — Le malade demande sa sortie, il reviendra de temps en temps.

Obs. CCCXXXV. — *R. inflammatoire. Dilatation progressive.* — Petit (Victor), ving tans, journalier, entre le 8 juin 1877, salle Saint-Augustin, 79.

Jeune homme fort, vigoureux, ayant eu une blennorrhagie il y a deux ans, orchite consécutive. Il prétend avoir depuis huit jours des difficultés à uriner et un sentiment de brûlure au moment du passage de l'urine.

L'ayant sondé avec une bougie n° 8 qui passe très facilement, nous arrivons successivement jusqu'au n° 24 de la filière Charrière, qui est introduit comme dans un canal sain. Nous ne trouvons donc pas trace de rétrécissement; rien du côté de la vessie. Urine normale. Le jeune homme est porteur d'une hernie inguinale droite qui ren-

tre très facilement. Nous le gardons quelques jours dans nos salles, et lui faisons délivrer un bandage. Sortie le 11 juin 1876.

Obs. CCCXXXVI. — *R. inflammatoire. Dilatation.* — Venatte (Ernest), quarante-deux ans, tourneur sur cuivre, entre le 28 novembre 1877 salle Sainte-Marthe, 16.

Malade vigoureux, portant une hernie inguinale double depuis huit ans. A eu en 1858 une blennorrhagie qu'il a laissée sans traitement pendant six semaines. Au bout de ce temps elle est devenue chronique et maintenant encore, sous l'influence d'un écart de régime, il s'écoule par l'urèthre le matin quelques gouttes de pus. Il y a dix jours, trouble subit dans la miction ; il sentait que la vessie ne se vidait qu'incomplètement. Depuis cette époque, fréquentes envies d'uriner, le jet est intermittent, quelquefois bifurqué. La fin de la miction est toujours douloureuse.

On constate l'état suivant à son entrée dans le service : Le gland paraît légèrement engorgé et comme turgescent. Pas d'écoulement muco-purulent par le méat. Ce malade n'a pas uriné depuis dix heures. La sonde ordinaire en argent ne peut pénétrer dans la vessie : elle s'arrête à 13 centimètres du méat. On introduit une bougie n° 5 de la filière Charrière. Le rétrécissement paraît long de un centimètre et demi environ et il semble occuper le centre de l'urèthre.

Envies fréquentes d'uriner. Sensation de brûlure à la fin de la miction. Pas de douleurs dans les lombes; l'exploration de la vessie ne révèle rien de particulier. Prostate normale. Pas de fièvre, pas de frissons. État général bon.

L'examen des urines fait avec soin par l'interne en pharmacie ne révèle rien de particulier.

29 *septembre.* — On introduit la bougie n° 5 filière Charrière et on la fixe à demeure. Bains.

1er *décembre.* — Le n° 6 passe facilement. L'urine s'écoule entre la bougie et la paroi du canal. Capsules de térébenthine. Le malade éprouve encore fréquemment des envies d'uriner.

3. — N° 7.

4. — N° 10 puis 13.

6. — N° 10 puis 15.

7. — N° 17 entre sans difficulté.

Le malade quitte le service.

Obs. CCCXXXVII. — *Rétrécissements multiples de l'urèthre. Infiltration d'urine. Uréthrotomie externe. Taille hypogastrique. Cathétérisme rétrograde. — Guérison.* — Chabout (Pierre), soixante-six ans, cuisinier, entre le 27 septembre 1877, salle Saint-Augustin, 1.

Ce malade était traité dans un service de maladies de peau pour du psoriasis. Pas d'hérédité. Pas de maladies avant vingt-trois ans.

A cette époque, quatre chancres mous à la base du gland. Adénite inguinale suppurée, à gauche, guérison assez rapide. Dix ans plus tard, première blennorrhagie, traitée par copahu et cubèbe, injections d'eau blanche, guérison en quatre mois. Deux ans plus tard, seconde blennorrhagie, même traitement, même durée. Pas d'accidents consécutifs immédiats. Il y a deux ans, c'est-à-dire vingt-neuf ans après la dernière blennorrhagie, le jet d'urine diminue progressivement; urine souvent et peu à la fois. Plus tard, l'urine ne s'écoula plus que goutte à goutte. Le malade ne se préoccupa pas de cet état et ne suivit aucun traitement. Il y a quatre mois, la miction devint impossible; dans les efforts que fit le malade il éprouva une sensation de déchirure dans le canal de l'urèthre. Bientôt il fut pris de frisson et de fièvre; sueurs fétides; infiltration d'urine.

27 *septembre.* — Le périnée, le scrotum, la verge et la région pubienne sont tuméfiés, rénitents et donnent sous le doigt une sensation de crépitation fine. État général alarmant; les frissons se répètent, la température est très élevée.

28. — Incisions multiples et profondes sur les régions infiltrées à la racine de la verge, sur le périnée, dans la région sus-pubienne. Applications de cataplasmes. Ce traitement amène la rémission complète des troubles généraux. Les incisions donnent, les jours suivants, issue à de l'urine mélangée de pus, la tuméfaction disparaît peu à peu. Mais, malgré des efforts patients et prolongés, il est impossible d'introduire dans la vessie la plus petite sonde. Il existe, en effet, plusieurs rétrécissements siégeant surtout dans les portions spongieuses et membraneuses; les premières laissent passer le cathéter, mais à 14 centimètres du méat, il en est un complètement infranchissable. Le malade urine depuis l'opération par plusieurs plaies scrotales devenues fistuleuses.

23 *décembre.* — Chloroforme. A l'aide du thermo-cautère, nous pratiquons sur la ligne médiane, en arrière du scrotum, au niveau de la région bulbo-membraneuse, une incision allant de la racine des bourses jusqu'au voisinage de l'anus. L'incision, faite avec le galvano-cautère, traverse successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la couche musculo-aponévrotique et nous conduit jusque sur la portion bulbo-membraneuse de l'urèthre. Chemin faisant, nous trouvons des tissus indurés, méconnaissables. De nombreuses fistules sont ainsi coupées; nous arrivons sur la portion bulbo-membraneuse de l'urèthre que nous divisons avec le bistouri. Les artères sont saisies avec des pinces. Nous essayons alors d'introduire une bougie dans la vessie, par le bout supérieur de l'urèthre, mais ces tentatives restent sans résultat. On soupçonne cependant que l'orifice siège vers l'angle supérieur de la plaie, en voyant sourdre un peu plus d'urine de ce côté. Mais les recherches

les plus minutieuses ne parviennent pas à faire distinguer un orifice et encore moins un canal.

5 *janvier*. — Après douze jours de tentatives répétées avec le plus grand soin, nous nous décidons à pratiquer la taille sus-pubienne et à ouvrir la vessie suffisamment pour y introduire par le col et par le bout supérieur de l'urèthre un cathéter destiné à faire passer un mandrin conducteur et, par l'intermédiaire de ce dernier, une sonde. Cette opération, faite pendant le sommeil chloroformique, consiste en une incision, longue de 8 centimètres, qui commence à droite de la partie moyenne du pubis, et remonte sur la ligne blanche, la peau étant préalablement rasée ; nous sectionnons ainsi : la peau, l'aponévrose et les espaces intermusculaires. Nous incisons transversalement, dans l'étendue d'un centimètre de chaque côté de la ligne médiane, les muscles pyramidaux à leur insertion sur le bord supérieur du pubis, afin de découvrir la face antérieure de la vessie à travers le tissu cellulaire qui la double, pour ne pas le décoller inutilement et pour éviter plus sûrement d'ouvrir le péritoine au sommet de la vessie. Arrivé sur la vessie, nous reconnaissons les plexus veineux qui rampent dans les fibres de sa tunique externe et nous appliquons sur eux des pinces hémostatiques qui nous servent en même temps de points de repère pour les éviter et de rétracteurs ; elles nous servent de même à fixer la vessie et à écarter les bords de l'incision, que nous faisons entre leurs mors sur la ligne médiane. Cette incision se réduit tout d'abord à une simple piqûre, destinée à permettre l'aspiration de l'urine au moyen d'une sonde et d'une seringue aspiratrice. Nous retirons ainsi 50 grammes d'urine. Une fois la vessie vidée, nous agrandissons cette incision sur la paroi antérieure, assez juste ; pour introduire l'index de la main droite, cette manœuvre est facilitée par l'application de nos pinces hémostatiques sur les tuniques qu'elles servent à fixer, tout en faisant l'hémostasie. L'extrémité de l'index reconnaît aisément l'orifice vésical de l'urèthre entouré par les lobes hypertrophiés de la prostate. Une sonde de grande courbure et de gros calibre est facilement portée par la vessie et le bout supérieur de l'urèthre jusqu'à l'incision périnéale. A ce niveau, nous reconnaissons que la portion supérieure du canal est fortement déviée à droite de la ligne médiane, et vient butter dans cette direction sur un rétrécissement entouré, comme la partie voisine du canal, par un tissu induré dont la consistance rappelle celle du cathéter lui-même. Ce changement de direction est certainement le plus grand obstacle que nous ayons eu pour la découverte du bout supérieur de l'urèthre, par l'incision périnéale. Nous avions d'autant moins de raisons de la soupçonner, que l'urine ne semblait pas sourdre plus spécialement de ce côté au fond de la plaie et que le cathéter introduit par la portion pénienne de l'urèthre

avait suivi exactement la ligne médiane en franchissant, en avant de notre incision principale, deux ou trois autres rétrécissements assez étroits. Afin de pouvoir introduire dans la vessie des sondes à demeure, nous avons recours au procédé que nous avons plusieurs fois employé avec succès, c'est-à-dire que nous passons le long du cathéter vésical un mandrin en baleine suffisamment long pour traverser le bout supérieur de l'urèthre, pour sortir dans la plaie périnéale d'abord; pour passer ensuite le long du cathéter pénien et sortir par le méat. Dès que le mandrin a ainsi parcouru l'urèthre et la vessie, grâce à sa longueur, nous attirâmes, hors du méat, les deux tiers antérieurs, pendant que l'autre extrémité est maintenue par les doigts d'un aide, en dehors de la vessie à l'hypogastre. Nous conduisons aussitôt le long de ce mandrin, jusque dans la vessie, une sonde ouverte par les deux bouts, du calibre 20; elle ne trouve d'autre résistance que celle des rétrécissements péniens, d'ailleurs étroits, qui n'ont pas été atteints par nos incisions et qui nous empêchent d'introduire une sonde plus volumineuse. Dans la crainte que la sonde ne vienne à être expulsée, nous attachons à son bout vésical un fil qui passe par l'incision hypogastrique et que nous fixons au dehors. Nous attachons également autour du gland l'autre extrémité de la sonde. L'opération terminée, nous réunissons le tiers supérieur de la plaie sus-pubienne, à l'aide de trois points de suture métallique. Les suites de l'opération furent heureuses. Pas de réaction fébrile, pas de douleurs abdominales. Diarrhée pendant quatre jours.

9 *janvier*. — On enlève les trois points de suture, la plaie hypogastrique est réunie par première intention dans son tiers supérieur. L'urine, qui jusqu'ici était sortie à la fois par la plaie hypogastrique et par l'urèthre, ne sort plus que par cette dernière voie. On enlève les fils qui maintenaient le bout vésical de la sonde fixé à l'hypogastre. La vessie est devenue plus tolérante.

11. — La cavité de la sonde se remplit de mucus et de concrétions calcaires, nous la remplaçons par une sonde n° 15, en nous aidant du mandrin. A partir de cette époque, on a changé les sondes tous es quatre jours en les choisissant de volume croissant.

20. — La plaie hypogastrique diminue d'étendue de jour en jour.

11 *février*. — Le malade va bien, l'appétit, qui jusqu'ici était languissant, redevient excellent. Les forces et l'embonpoint reviennent.

14. — On passe des sondes du calibre 24.

1er *avril*. — Cicatrisation complète de la plaie hypogastrique. Quelques gouttes d'urine et de pus suintent par la plaie périnéale qui se réduit à une fistulette.

9. — La fistule périnéale est en partie oblitérée. L'urine ne s'écoule plus que par le méat. A partir de cette époque, la guérison fut

complète et définitive. Le malade put rentrer dans un service de maladie de peau afin de faire soigner son psoriasis, au commencement du mois d'août 1878.

OBS. CCCXXXVIII. — *Abcès urineux. Infiltration d'urine. Fièvre hectique. Mort. Autopsie. Rétrécissement de la portion membraneuse de l'urèthre. Plaque calcaire sur les parois de la vessie. Néphrite chronique unilatérale. Péritonite chronique.* — Montagne (Amédée-Joseph), cinquante-quatre ans, journalier. Entre le 4 juillet 1877, salle Saint-Augustin, 1. Ce malade prétend avoir été traité il y a six ans pour une maladie de la vessie. Il urinait difficilement et souffrait beaucoup pour uriner. Les urines étaient troubles et laissaient un dépôt abondant. Il y a vingt-cinq ans environ, le malade a eu une blennorrhagie qui a duré longtemps à l'état chronique. Depuis six ans il continuait à souffrir de la vessie par intervalles, mais il y a trois mois le malade a éprouvé de plus grandes difficultés pour uriner. Le jet, très mince et contourné, venait seulement après de grands efforts.

La semaine dernière ce malade a voulu se sonder lui-même avec une sonde en gomme, mais il n'est rien sorti par la sonde. A partir de ce moment, le malade n'a plus uriné que quelques gouttes à de rares intervalles. Enfin, la miction étant devenue complètement impossible, il entre à l'hôpital le 4 juillet.

5 *juillet.* — Sensibilité exagérée du bas-ventre ; tumeur rénitente formée par la vessie distendue. Rougeur de la peau du périnée. La verge est luisante et tendue. Infiltration commençante dans les bourses. Le malade éprouve de fréquents besoins d'uriner ; mais à chaque effort qu'il fait, il expulse à peine quelques gouttes d'urine. On essaye inutilement le cathétérisme. A 14 centimètres environ du méat, la sonde s'engage dans une fausse route et ramène quelques gouttes de sang. On donne un grand bain d'une heure.

6. — Le malade a rendu dans le bain quelques gouttes d'urine. Mais l'œdème des bourses et de la verge a augmenté. Le prépuce forme sur le gland un bourrelet infiltré. Rougeur et gonflement s'étendant sur la paroi abdominale dans l'hypogastre au-dessus du pubis et latéralement jusqu'aux aines. Il n'y a pas de bourrelet saillant à la limite de l'œdème. Au périnée, tumeur saillante et fluctuante de la grosseur d'une noix. On ouvre l'abcès par une incision faite dans le sens antéro-postérieur ; il s'écoule une énorme quantité de pus fétide avec de l'urine ammoniacale.

La verge étant très volumineuse, deux ponctions avec le bistouri sont pratiquées sur le bourrelet préputial à la partie inférieure. Une troisième est faite sur le dos de la verge. Une grande quantité d'urine s'échappe toute la journée par ces trois ouvertures. On ne peut encore introduire de sonde dans la vessie. Langue très sèche.

Un peu de fièvre. Cataplasmes sur le périnée et la paroi abdominale.

7. — Les bourses et la verge sont bien dégonflées. L'urine et le pus s'écoulent toujours en abondance. On passe une sonde n° 5 qui est laissée à demeure. Quelques gouttes d'urine s'échappent par la sonde.

Sur l'incision du dos de la verge, une petite artère se met à donner du sang, vingt-quatre heures après l'incision ; pince hémostatique.

8. — Le malade a été pris hier au soir de hoquets qui durent encore. La langue est toujours sèche ; sur la paroi abdominale la rougeur ne s'est pas étendue, mais il s'est produit à gauche du pubis une tumeur douloureuse qui n'est pas encore le siège de fluctuation, mais qui annonce la formation d'une collection purulente. L'état général reste à peu près le même. Sonde à demeure.

9. — Ouverture de l'abcès sus-pubien. Il sort des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé. Le malade souffre beaucoup à ce niveau. Cataplasmes. Les hoquets reviennent d'une façon intermittente. Les urines qui s'écoulent par la sonde sont troubles et purulentes.

10-15. — Rien d'important à noter. L'abcès de la paroi abdominale continue à donner, mais l'abcès périnéal tend à se fermer. Pas d'appétit.

15-25. — Le malade s'est affaibli graduellement. Décollement assez grand sur la paroi abdominale.

Le malade urine par la sonde. L'ouverture périnéale est à peu près fermée. Les plaies de la verge sont cicatrisées.

29. — Le malade a eu un grand frisson hier au soir. Langue très sèche. Pouls petit. T = 38°,5 ; sur la paroi abdominale la peau s'est perforée au-dessus de l'incision primitive. Le décollement s'est encore étendu ; le pus devient de mauvaise nature.

30. — Nouveau frisson hier au soir. Fièvre hectique. TR. = 38°,2.

31. — Le malade se plaint de ne pouvoir remuer la main gauche qui est enflée. Traînées rouges sur la face dorsale de la main sans écorchure apparente. Ganglions axillaires pris. Les yeux s'excavent. Diarrhée. Langue toujours très sèche. P = 120. — TR = 38°,4.

1[er] *août*. — La fièvre hectique se prononce de plus en plus. Sueurs froides. La voix s'éteint. Alcool et sulfate de quinine. P = 124 très petit. TR = 38°.

2. — Le malade parle à peine. Gêne de la respiration.

3. — Mort à midi.

Autopsie. — Quarante-six heures après la mort.

Sur la paroi abdominale, au niveau de l'abcès urineux, décollement de la grandeur de la paume de la main, entre la peau et la gaine des muscles de la paroi. Le foyer purulent à surface tomenteuse

se continue au-devant du pubis sous la peau de la verge. La peau est décollée sur tout le pourtour de la verge, jusqu'au voisinage du prépuce. Le foyer communique encore avec l'enveloppe des bourses.

On peut le suivre jusqu'à l'ouverture périnéale à l'aide de la sonde cannelée.

A l'ouverture de l'abdomen on constate tout d'abord une dilatation énorme du cæcum. A la partie supérieure de la cavité abdominale, lésions d'une péritonite ancienne. La face convexe du foie est reliée au diaphragme par des adhérences fibreuses très solides, et très nombreuses. De là sans doute les hoquets fréquents que le malade avait pendant la vie.

La verge, la vessie et les reins sont enlevés d'une seule pièce, par la coupe de la branche horizontale du pubis et de la branche ischio-pubienne.

Le canal de l'urèthre divisé sur sa face dorsale laisse voir un retrécissement au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre. Deux orifices situés en arrière, communiquant avec l'ouverture périnéale, indiquent l'endroit où s'est faite l'infiltration urineuse.

Sur la surface interne de la vessie, dépôts calcaires par plaques plus ou moins larges, mais très minces, adhérant intimement à la muqueuse vésicale. La muqueuse elle-même présente une coloration noirâtre sans ulcération ; l'uretère du côté gauche est plus petit que l'uretère du côté droit.

Les deux reins diffèrent aussi notablement l'un de l'autre : le rein droit est volumineux ; la capsule fibreuse enveloppante se laisse facilement détacher, et le rein décortiqué est mou, presque friable. A la coupe on ne trouve pas trace d'abcès. La substance corticale est seulement un peu décolorée et la substance médullaire est plus injectée.

Le rein gauche est entouré d'une atmosphère graisseuse très épaisse, dure et complètement adhérente à la surface du rein. Cette couche graisseuse est aussi fortement fixée à la paroi postérieure de la cavité abdominale, et il est très difficile d'enlever tout le paquet. En pratiquant une coupe transversale au niveau du bord convexe du rein, on voit que la couche lardacée qui l'entoure est très constante et offre 1 centimètre environ d'épaisseur. Le rein lui-même est atrophié : son volume n'égale pas le tiers du volume du rein droit. Le tissu rénal est beaucoup plus décoloré que dans le rein droit. Enfin on trouve, tant dans la substance corticale que dans la substance médullaire, cinq foyers purulents dont le plus gros ne dépasse pas le volume d'une noisette. Sur quelques-uns de ces foyers il y a de petits calculs rénaux à forme irrégulière.

Le *foie* et l'*estomac* ne présentent rien de particulier.

Sur les deux *poumons* il y a des adhérences anciennes et de la congestion au niveau des bords postérieurs.

Les *méninges* et l'*encéphale* n'offrent rien d'anormal.

§ IV.

CORDON SPERMATIQUE. TESTICULE ET SES ENVELOPPES.

Obs. CCCXXXIX. — *Sarcome myéloïde du pubis saillant à la partie supérieure du côté gauche du scrotum et simulant une tumeur du cordon. Extirpation. Guérison.* — Mathon (Jules-César), cinquante-sept ans, sans profession, entre le 19 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 12. Pas d'hérédité, bonne santé dans la jeunesse ; à seize ans, otite moyenne, pas d'accidents consécutifs. De dix-sept à vingt ans, gastralgies. Pas d'accidents vénériens ou tuberculeux. Il y a quatorze ans, à la suite d'un coup qu'il reçut dans l'aine droite, il remarqua à la partie supérieure du scrotum de ce côté un bouton sous-cutané, du volume d'un grain de blé, mollasse et indolent, qui atteignit en un an le volume d'un œuf de poule, en conservant sa mollesse et son indolence. En 1864, ablation de cette tumeur. Le malade affirme que le diagnostic porté par l'opérateur était : tumeur du cordon. Cicatrisation et guérison en quarante-neuf jours. Deux ans et demi après, la pression sur la ligne médiane, au niveau du bord supérieur du pubis, lui fait découvrir une tumeur du volume d'un haricot. Cette tumeur, douloureuse au début, devint indolente en grossissant. Application de fondants, sans résultat ; évolution très rapide. En juin 1871, la tumeur avait le volume d'un œuf de pigeon, un médecin y fit une ponction qui donna issue à quelques gouttes de sang. Par l'orifice de la plaie faite par le trocart, se firent les jours suivants plusieurs hémorragies abondantes. C'est alors que le malade alla trouver Richet, qui pratiqua l'ablation de cette seconde tumeur. Pendant le travail de cicatrisation, la plaie donna issue à trois fragments d'os dont le plus volumineux, très mince avait un centimètre et demi de longueur. Guérison en deux mois et demi. En février 1873, le malade remarque accidentellement, dans la région inguinale gauche, à deux travers de doigt au-dessous de l'orifice externe de l'anneau, un bouton sous-cutané du volume d'un grain de chènevis, dur et complètement indolent. Cette troisième tumeur resta d'abord stationnaire, puis s'accrut rapidement dans les derniers temps, tout en restant indolente.

19 *octobre*. — Au niveau du bord supérieur de la symphyse pu-

bienne existe une excavation assez profonde pour recevoir la pulpe du pouce et entièrement tapissée par une mince couche cicatricielle. Des bords de cette excavation partent des brides cicatricielles divergentes qui se dirigent les unes vers le pli inguinal droit, les autres vers l'ombilic et la symphyse. Ce tissu de cicatrice, trace des précédentes opérations, donne à la région l'aspect qu'elle prend à la suite d'une opération d'exstrophie de la vessie. A la partie supérieure du scrotum du côté gauche, existe une tumeur ovoïde, du volume d'un œuf de poule, qui rappelle par sa forme, son siège et sa direction, une tumeur inguino-scrotale. Son grand axe se dirige en bas et en dedans, parallèlement au cordon. L'extrémité supérieure reste distante de 1 centimètre de l'anneau inguinal; l'extrémité inférieure surmonte le testicule dont elle semble indépendante et éloignée par un intervalle de 2 centimètres. Le bord interne est en contact avec le ligament suspenseur et la racine de la verge ; le bord externe reste distant de 2 centimètres de la gaine des vaisseaux fémoraux. La face superficielle paraît sous-jacente aux éléments du cordon qui la séparent de la peau. Celle-ci a conservé sa coloration normale et son intégrité; elle ne contracte aucune adhérence apparente avec la tumeur et ne présente aucune vascularisation anormale. Au toucher la consistance est homogène et présente une mollesse comparable à celle des tumeurs fibro-graisseuses. Aucun point ramolli ou fluctuant. La tumeur est irréductible et incompressible. Son volume reste constant pendant l'effort et dans les diverses positions que prend le malade. Les éléments du cordon s'étalent à la surface des tumeurs sans lui adhérer; il est facile de reconnaître le plexus mollasse des veines spermatiques et la consistance plus ferme du canal déférent. La face profonde, libre dans la plus grande partie de son étendue, est adhérente vers la partie moyenne de son bord interne, en un point qui répond à l'insertion du corps caverneux sur le pubis. Le reste de la surface conserve au contraire sa mobilité sur les organes voisins. Le testicule est sain et occupe sa situation normale. Rien de particulier du côté de l'anneau inguinal. Les ganglions inguino-cruraux sont sains. Bien que nous n'ayons pas de renseignements même sur le diagnostic des tumeurs qui ont été précédemment enlevées, il n'est pas douteux, en présence des symptômes que nous venons d'énumérer, du siège et de la facilité des récidives, que nous sommes en présence d'une tumeur maligne du scrotum, qu'il convient d'enlever aussi promptement et aussi largement que possible.

20 *octobre*. — Chloroforme, hémostasie préventive à l'aide de deux pinces appliquées sur le cordon. Incision verticale sur la face antérieure de la tumeur, intéressant successivement la peau, le dartos et le tissu cellulaire du cordon. Nous arrivons ainsi sur la face antérieure de la tumeur suivant son grand axe. Nous avons pris

soin d'inciser sur les tissus sans intéresser les vaisseaux du cordon et le canal déférent en les faisant rétracter. Contrairement à nos prévisions, la tunique externe du canal est adhérente à l'enveloppe externe de la tumeur. Arrivé sur cette enveloppe, nous constatons qu'elle est fibreuse, très vasculaire; nous l'énucléons avec le bistouri et avec les doigts sur toute sa périphérie, en nous aidant des pinces hémostatiques. A la face profonde, nous constatons, comme nous l'avions supposé, que la tumeur est implantée largement sur le périoste qui recouvre le pubis et sur la tunique externe des corps caverneux. L'implantation sur le périoste ne paraît pas douteuse et la dissection, à ce niveau, trouve une assez grande résistance. Elle donne lieu à l'ouverture d'une artère volumineuse, qui passe entre le pubis et le corps caverneux et qui est saisie immédiatement avec des pinces hémostatiques. L'opération terminée, pour empêcher la cavité laissée à la partie supérieure du scrotum de se remplir de liquide, les jours suivants, nous traversons les tuniques postérieures du scrotum. Cette incision permet de passer un tube à drainage de ce côté et de fermer complètement l'incision faite sur les téguments de la paroi antérieure à l'aide de trois fils métalliques. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté.

Examen microscopique. — Au niveau de son point d'implantation sur l'os on ne trouve par le raclage que des myéloplaxes et une quantité énorme de globules rouges. La trame de la tumeur est formée de cellules embryonnaires et fusiformes. Elle est de plus creusée de lacunes sans paroi propre, remplies de sang. *Diagnostic histologique :* Sarcome à myéloplaxes.

21. — T M = 37°, 6. P = 96. Nuit un peu agitée, soif vive. Bouillon, potage. Lavage et pansement alcoolisé phéniqué.

22. — Température et pouls normaux. Bonne nuit. Appétit. Plaie en bon état.

23. — Le mieux se continue. Lavage par le drain, même pansement. Écoulement séro-sanguin peu abondant.

24. — Suppuration modérée. Rien de particulier. On enlève les fils; la réunion par première intention est obtenue dans la plus grande partie de l'étendue de la plaie. Les suites de l'opération n'offrent aucun fait à noter, la plaie cicatrisa comme une plaie simple. Le 1er novembre on enleva le drain. Le 13 novembre la cicatrisation était complète, le malade qui marchait depuis longtemps dans les salles sortit complètement guéri.

Obs. CCCXL. — *Varicocèle gauche et varices du scrotum.* — Blesson (Louis), trente-quatre ans, facteur de pianos, entre le 15 novembre 1876, salle Saint-Augustin 1. Bonne constitution, il est contraint par sa profession de marcher beaucoup. Père de trois enfants très bien portants. Il porte depuis trois ans un varicocèle volu-

mineux du côté gauche. Pendant longtemps cette affection lui causa de la gêne et une douleur tolérable, mais depuis deux mois il éprouve spontanément, même avant le repas, une sensation de pesanteur et de tiraillement du scrotum ; des douleurs excessives, qui s'irradient vers les lombes et le réveillent pendant la nuit.

15 *novembre.* — On constate sur le trajet du cordon une tumeur volumineuse, mal limitée, décrivant des anses nombreuses et donnant sous le doigt la sensation caractéristique d'une masse variqueuse. La tumeur est réductible par la pression, mais reparaît dès qu'on cesse de la comprimer. La peau à la surface a conservé ses caractères normaux de température et de coloration, mais elle semble légèrement œdémateuse à la palpation. La partie gauche du scrotum descend notablement plus bas que la droite. On peut suivre sous le doigt des veines qui serpentent jusqu'à la partie inférieure où elles se pelotonnent sur la paroi de la cloison scrotale.

25 *novembre.* — Par le séjour au lit la tumeur a beaucoup diminué, mais les douleurs n'ont pas changé de caractère, elles sont toujours violentes, spontanées et empêchent le malade de dormir. Tension considérable dans toute la région, au moindre mouvement.

25. — Pas de chloroforme. Nous passons trois longues épingles entre le paquet variqueux et le cordon, afin d'isoler celui-ci ; puis nous pratiquons dans l'intervalle des épingles des incisions longitudinales qui nous permettent de saisir les veines entre les mors des deux pinces hémostatiques que nous laissons à demeure.

26. — Les pinces sont enlevées, application de compresses d'eau de sureau sur la plaie.

27. — Rien à noter. La douleur persiste avec presque autant d'intensité qu'avant l'opération.

1er *décembre.* — Petits frissons, léger appareil fébrile. Le malade n'a pas eu de selles depuis cinq jours. Lavement. Les douleurs ont cessé au niveau du cordon, mais elles persistent encore dans la région lombaire.

10. — Infiltration et œdème du scrotum. Longue incision verticale des tuniques superficielles. Écoulement de sérosité sanguinolente. Cataplasmes.

12. — L'œdème est en partie disparu, la plaie suppure. Engorgement des ganglions inguinaux du côté gauche sous l'influence des émollients et des toniques, tous ces accidents disparurent. La plaie du scrotum se cicatrisa rapidement et le malade retourna chez lui le 6 janvier 1877. Les douleurs avaient complètement disparu, les plaies cicatrisées, et l'état général très satisfaisant.

Obs. CCCXLI. — *Varicocèle. Funiculite.* — Morand (Pierre), vingt-sept ans, journalier, entre le 6 août 1876, salle Sainte-Marthe. Jusqu'en 1875, le malade ne s'était jamais aperçu qu'il avait un

varicocèle. Il n'a jamais porté ni bandage ni suspensoir. A cette époque, portant un jour un lourd fardeau, il fléchit, fit un violent effort et s'affaissa sous le poids. Aussitôt après il ressentit une douleur vive s'irradiant de l'aine gauche vers le flanc du même côté, puis des coliques violentes, une sensation de constriction à l'épigastre, et quelques nausées. Il fut forcé de garder le lit pendant huit jours. Pendant ce temps les garde-robes furent très pénibles et obtenues seulement au moyen de purgatifs.

C'est alors qu'un médecin lui apprit qu'il avait un varicocèle gauche. Malgré ses conseils il ne porta pas de suspensoir. Depuis cette époque, il n'a jamais rien ressenti, en dehors de la gêne habituelle causée par le volume plus considérable de la moitié gauche du scrotum.

Le lundi 6 août 1877, dans l'après-midi, il était à décrocher des tentes dans un marché. Il fit un effort assez violent pour en retenir une, et ressentit aussitôt une vive douleur dans l'aine gauche. La douleur irradie rapidement à l'abdomen, remonte à l'épigastre, et s'accompagne de quelques nausées. Cette fois la douleur s'étendit à la cuisse gauche et l'empêcha de marcher. On le transporta à l'hôpital. En présence des coliques violentes qui tiennent le malade, on lui fait aussitôt une piqûre de morphine qui, dit-il, l'a bien calmé, puis on le met dans un grand bain. Pendant ces coliques le malade rappelait assez l'aspect des saturnins. Il comparait sa douleur à une *torsion des boyaux* qui partant de l'hypogastre remontait vers le flanc et l'estomac.

Mardi matin. — La nuit a été assez bonne, le matin il subsiste quelques coliques de temps en temps, mais nullement comparables à celles de la veille. La langue est un peu épaisse, la bouche amère ; pas d'appétit. Les deux testicules sont remarquablement petits. La bourse droite est normale. La gauche descend d'une moitié plus bas que la droite. Elle est flasque, la peau est plus colorée, et recouverte de varicosités veineuses du volume d'une plume de corbeau.

Profondément on a cette sensation de paquet de ficelle sur le trajet du cordon. Cela fait une saillie très nette dans le canal inguinal. Là la douleur est vive à la pression, tandis qu'elle est presque nulle quand on palpe la bourse elle-même. La douleur et la palpation se continuent dans le flanc gauche.

Il n'y a pas eu de selles depuis l'accident. Il n'y a rien eu de spécial du côté de la miction. Pas de chaleur à la peau, ni de rapidité du pouls. On administre de l'huile de ricin au malade. Malgré cela les selles ne furent abondantes que le lendemain. Le malade prit encore quelques bains, et sortit guéri au bout de six jours.

Obs. CCXLII. — *Hydrocèle enkystée du cordon. Hernie inguinale épiploïque. Ponction de l'hydrocèle. Guérison.* — Thevenon (Joseph), vingt-trois ans, boucher, entre le 31 octobre 1877, salle Saint-Augustin.

Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle; aucun antécédent vénérien, forte constitution. A l'âge de douze ans, apparition d'une hernie inguinale droite, pour laquelle il a porté un bandage pendant trois ans. La tumeur intestinale restant alors réduite, sans contention, il quitta son bandage. A dix-huit ans, nouvelle sortie de l'intestin, il reprit son bandage jusqu'à ces jours derniers. Le 26 octobre dernier, la hernie s'est reproduite, en ne déterminant ni douleur scrotale ou abdominale, ni vomissements, ni troubles de la défécation. Trois jours après, la tumeur augmente légèrement de volume, sans provoquer d'autres accidents.

31 *octobre.* — La région inguino-crurale droite est déformée par une tumeur ovoïde à grosse extrémité inférieure, à grand axe vertical, du volume d'un œuf de poule. La peau qui la recouvre a conservé ses caractères normaux; pas d'œdème inflammatoire. Au toucher la tumeur est mollasse, pâteuse dans son tiers supérieur, liquide et manifestement fluctuante dans ses deux tiers inférieurs. Il est facile de reconnaître qu'elle se compose d'une partie solide et d'une partie liquide. L'extrémité supérieure répond à l'orifice externe du trajet inguinal dans lequel elle s'engage. L'extrémité inférieure surmonte le testicule et l'épididyme, qui ont conservé leur dimension et leur situation normales ainsi que leur indépendance; la tumeur n'est adhérente ni à la peau, ni aux couches profondes. Les éléments des cordons sont situés à la partie externe, et plus accessibles inférieurement que supérieurement. La portion qui s'engage dans le canal inguinal a le volume d'une grosse châtaigne, elle est solide, mollasse, pâteuse; suit les mouvements de la paroi abdominale en produisant un bruit d'amidon. Pas de bosselures apparentes; matité à la percussion, irréductibilité complète, un peu de sensibilité à la pression. Elle offre en un mot tous les caractères d'un bouchon épiploïque. La portion inférieure est dépressible, on peut accoler ses parois opposées en les comprimant entre les doigts. Transparence à la lumière; cette seconde portion développée consécutivement à la première tumeur est constituée par du liquide d'hydrocèle. L'état général confirme notre diagnostic; depuis la production de la hernie, le malade n'a éprouvé aucun symptôme d'étranglement. Il mange comme d'habitude; a une selle tous les deux jours et n'a eu ni coliques ni vomissements. L'adhérence de ce bouchon épiploïque est un bonheur pour le malade, nous le laissons donc en place. Quant à l'hydrocèle funiculaire, nous le ponctionnons le 8 novembre 1877. La ponction donne issue à 40 grammes d'un liquide roussâtre, un peu plus coloré que celui de l'hydrocèle. Injection iodée. Pas d'accidents consécutifs. Le 16 novembre le malade quitte le service. Rien de particulier du côté du bouchon épiploïque; le liquide ne s'est pas reproduit. État général excellent.

HYDROCÈLES.

Obs. CCCXLIII. — *Hydrocèle double.* — Sorgnard (J.-B.), quarante-six ans, entre le 6 avril 1877, salle Saint-Augustin, 70. Début il y a quinze mois du côté gauche ; côté droit envahi il y a quatre mois. Ponction et injection iodée. Guérison en quinze jours.

Obs. CCCXLIV. — *H. gauche.* — Perot (Jean), soixante-quatre ans, peintre en bâtiments, entre le 12 février 1877, salle Sainte-Marthe, 11. Début spontané il y a cinq mois. Hernie inguinale descendant dans le scrotum au-dessus de l'hydrocèle. Ponction et injection iodée. Guérison au bout de sept jours.

Obs. CCCXLV. — *H. gauche.* — Grognes (Narcisse), soixante-treize ans, entre le 4 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 21. Début spontané il y a deux ans. Ponction simple, 320 grammes de sérosité ; sort guéri au bout de cinquante-sept jours.

Obs. CCCXLVI. — *H. gauche.* Lebon (Jean), soixante-quatre ans, entre le 9 mai 1877, salle Saint-Augustin, 78. Début spontané il y a six mois. Ponction, 300 grammes de liquide. Injection iodée. Guérison au bout de sept jours. Reproduction du liquide un mois plus tard, même traitement que la première fois. Guérison définitive quinze jours plus tard.

Obs. CCCXLVII. — *H. gauche.* — Cros (Pierre), cinquante-huit ans, entre le 9 mai 1877, salle Saint-Augustin, 9. Début spontané il y a sept mois. Ponction ; un demi-litre de liquide. Injection iodée. Guérison au bout de quinze jours.

Obs. CCCXLVIII. — *H. gauche.* — Lelorain (Louis), quarante-six ans, mégissier, entre le 22 décembre 1877, salle Saint-Augustin, 71. Début spontané il y a huit mois. Ponction (460 gr. de liquide). Injection iodée. Liquide en même quantité au bout de deux jours : se résorbe spontanément et graduellement. Guérison complète le 17 janvier.

Obs. CCCXLIX. — *H. gauche.* — Lenoir (Adrien), jardinier, entre le 11 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 75. Début spontané il y a deux mois et demi. Ponction et injection iodée. Guérison au bout de quinze jours.

Obs. CCCL. — *H. droite.* — Tichy (Sulpice), cinquante-neuf ans, homme de peine, entre le 22 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 80. Début il y a six semaines. Ponction, injection iodée. Guérison au bout de vingt-cinq jours.

Obs. CCCLI. — *H. droite.* — Deloy (François), entre le 21 avril 1877, salle Saint-Augustin, 71. Début il y a trois mois. Ponction et injection iodée. Guérison au bout d'un mois.

Obs. CCCLII. — *H. droite.* — Berger (Désiré), trente-huit ans, employé de commerce, entre le 21 mai 1877, salle Sainte Marthe, 3. Ponction, 40 grammes de liquide, sort au bout de quatre jours.

Obs. CCCLIII. — *H. droite.* — Dogemont (Dominique), cinquante-sept ans, entre le 10 avril 1878, salle Sainte-Marthe, 76. Début spontané il y a deux ans. Ponction et injection iodée. Guérison au bout de dix-sept jours.

Obs. CCCLIV. — *H. droite.* — Hardouin (François), trente-six ans, entre le 14 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 81. Début il y a trois ans. Ponction et injection iodée. Guérison le 29 janvier.

Obs. CCCLV. — *Hydrocèle vaginale droite en bissac ayant l'aspect d'une hydrocèle du cordon. Ponction. Guérison.*—Fondmartin (Jean), trente-cinq ans, journalier, entre le 30 novembre 1877, salle Saint-Augustin, 5. Pas d'hérédité. Forte constitution, bonne santé habituelle. Ni syphilis ni tuberculose. Blennorrhagie et orchite en 1860. En 1870, chute de cheval et contusion du scrotum ; peu après, il remarqua sur le trajet du cordon droit une petite tumeur qui s'est développée lentement, progressivement, sans déterminer d'autre douleur que des tiraillements du côté du cordon, et une sensation de pesanteur. Un an plus tard, il constata lui-même, à la surface du testicule, de petits noyaux durs, pyriformes, dont le nombre a augmenté progressivement sans que le malade en ressentît ni gêne ni douleur.

30 *novembre.* — La région inguino-scrotale droite est déformée par une tumeur, composée de deux lobes distincts séparés par un étranglement. Le lobe supérieur, qui répond au cordon et à la racine du scrotum, est globuleux, arrondi, du volume d'une grosse pomme ; il mesure 27 centimètres de circonférence. Le lobe inférieur occupe sensiblement la situation normale du testicule ; il est ovoïde, allongé verticalement et mesure dix-huit centimètres de circonférence. La peau qui recouvre ces deux tumeurs est lisse, tendue, sans bosselures apparentes et ne présente aucune espèce d'altération. Pas d'œdème inflammatoire, pas de vascularisation anormale. Au toucher la tumeur funiculaire est molle, fluctuante, incompressible et irréductible, sans communication avec la cavité abdominale; elle ne paraît pas communiquer davantage avec la tumeur scrotale, toutefois il est possible que cette communication ait lieu par un orifice très étroit. Elle n'adhère en aucun point aux tissus avoisinants. A la lumière on reconnait qu'elle est transparente. La tumeur scrotale est formée par le testicule enveloppé d'une couche assez épaisse de liquide vaginal. A la pression, ce liquide ne semble pas refluer dans la tumeur funiculaire. L'épididyme et le testicule ont sensiblement leur volume normal. Mais la surface de la glande est hérissée de petits noyaux pyriformes dont la disposition rappelle celle du choufleur. Ces noyaux sont durs, élastiques, de consistance fibro-cartilagineuse;

il est d'ailleurs difficile de les étudier à cause de la couche de liquide qui les sépare des téguments. Le testicule lui-même ne semble pas altéré, la pression y détermine la douleur énervante caractéristique. En résumé, la tumeur paraît constituée par un hydrocèle funiculaire très volumineuse, surmontant un épanchement vaginal peu abondant. Malgré cette apparence il n'y aurait rien d'impossible à ce que nous soyons en présence d'une hydrocèle purement vaginale, mais étranglée en un point et disposée en bissac. Quant aux noyaux qui recouvrent la surface du testicule, ce sont probablement des produits d'inflammation simple.

15 *décembre* 1877. — Pas de chloroforme. Nous faisons à la partie déclive de la tumeur scrotale une ponction, qui donne issue à 400 grammes d'un liquide jaune citrin, limpide, en tout semblable au liquide d'hydrocèle vaginale. Les deux poches kystiques se vident du même coup, elles communiquaient donc entre elles. Occlusion de la plaie par un morceau de baudruche collodionnée.

Guérison au bout de quinze jours.

Obs. CCCLVI. — *Hématocèle traumatique. Incision. Guérison.* — Lecour (Eugène), 37 ans, limonadier, entre le 13 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 35. Jamais rien à la région du scrotum avant l'accident. Dans la nuit du lundi 12 mars, il reçut d'une femme en belle humeur deux coups de pied dans les bourses. Le coup le plus violent porta sur la partie antérieure et supérieure de la bourse gauche. Douleur violente aussitôt, et en quelques instants la partie atteinte se tuméfia, en même temps que la peau prenait une teinte violacée. On l'apporte le mardi matin à l'hôpital.

13 *mars*. — Le scrotum a pris une forme sphérique, mais on voit que la bourse gauche forme à elle seule les deux tiers de la tumeur. Les dimensions sont : de la racine de la verge A, à la partie la plus basse B, 18 centimètres. De diamètre transversal en projection 13 à 15 cent. (C D). De circonférence (C D), 40 centimètres.

La coloration violette est nettement limitée à la racine de la bourse et à la racine de la verge. En bas seulement l'épanchement s'étend sur le périnée. La verge est tuméfiée et violacée comme le scrotum. A droite la poche est assez molle, on y sent très bien le testicule situé en avant et en dehors.

A gauche, consistance dure, mais pâteuse, sans aucun point fluctuant. Le testicule est senti par le malade en bas et en arrière. A la partie supérieure et externe de la bourse gauche, où le coup a porté principalement, la tuméfaction forme une saillie sur le reste de la tumeur ; la pression est ici très douloureuse.

Il n'y a d'ailleurs aucune douleur spontanée. Aucun trouble de voisinage. Le traitement consiste dans le repos, la partie élevée et isolée ; compresses d'eau blanche. Rien de nouveau les jours suivants.

La coloration ne s'étend pas aux parties voisines.

23. — Les dimensions sont : hauteur 16 centimètres. Circonférence 36 centimètres.

28 *mars.* — Dimensions : Hauteur 14 centimètres. Circonférence 33 centimètres. Aucune réaction locale.

Pendant quelques jours encore l'épanchement diminue assez rapidement, puis reste stationnaire. La tumeur s'est réduite d'un tiers de son volume à peu près.

En même temps la fluctuation s'est nettement montrée à la partie antéro-supérieure de la bourse gauche. La bourse droite a pris son aspect et son volume normal, à part la coloration persistante.

9 *août.* — On fait une large incision de 5 centimètres verticalement à la portion antérieure de la bourse gauche. Il s'écoule une grande quantité de sang fluide, de couleur brunâtre, avec des quantités de caillots. On s'assure avec le doigt que l'on est dans la vaginale ; mèche à demeure. Le résultat a été excellent. Aucune fièvre ; la température ne s'est pas élevée un seul jour au-dessus de 37°, 5. C'est à peine s'il s'est fait un léger gonflement autour de la plaie.

Le malade part pour Vincennes le 20 avril. Le scrotum est presque revenu à son volume normal. La mèche est encore laissée dans la plaie qui diminue de plus en plus de profondeur.

Obs. CCCLVII. — *Hématocèle traumatique.* — Gravier (Louis), trente-un ans, journalier, entre le 13 mars 1877, salle Sainte-Marthe 28.

Le 11 mai ce malade est tombé à cheval sur une barre de fer ; c'est la partie gauche du scrotum qui a porté.

13 *mars.* — Le scrotum est considérablement augmenté de volume et tout entier d'une couleur noirâtre : cette teinte ne dépasse pas la racine des bourses.

La bourse droite est à peine augmentée de volume ; le tout est formé par la bourse gauche, qui mesure 13 centimètres de hauteur, depuis la racine de la verge jusqu'à la partie supérieure. La circonférence de la tumeur, y compris la bourse droite, mesure 33 centimètres. A la palpation : rien d'anormal à droite. A gauche le scrotum a une consistance pâteuse ; on constate que le testicule de volume normal est situé à la partie antérieure et supérieure de la tumeur ; en arrière et en dehors on trouve une masse assez consistante, très douloureuse à la pression, d'où partent les éléments du cordon spermatique : cette masse mal délimitée semble constituée par l'épididyme déformé par un épanchement sanguin. La partie inférieure du scrotum présente surtout les caractères de l'hématocèle pariétale, douleurs modérées. Le malade est mis au repos au lit, le scrotum élevé, et recouvert de

compresses d'eau blanche : Deux jours après le malade demande sa sortie : la tumeur a déjà beaucoup diminué.

Obs. CCCLVIII. — *Hématocèle dans le cours d'une hydrocèle. Ponction. Injection de teinture d'iode. Guérison.* — Cattecelle (André), quarante-neuf ans, charron, entre le 27 juillet 1877, salle Saint-Augustin, 78. Sujet vigoureux, bien musclé, n'ayant aucun antécédent vénérien avoué ; pas de maladies graves antérieures.

Il y a sept mois a vu le testicule gauche augmenter de volume. Aucune douleur, ni pendant la marche, ni pendant son travail, qui est assez pénible. Durant six mois l'évolution a été lente et le volume de la tumeur était à peine équivalent à celui d'un œuf de dinde. Il y a dix jours, en s'asseyant, il est tombé sur l'angle d'une planche et le scrotum a porté violemment. A partir de ce moment, la tumeur, qui était restée stationnaire depuis six semaines environ, a doublé de volume. Pesanteur, vagues douleurs dans les bourses, le long du cordon et dans l'abdomen.

27 *juillet.* — Tuméfaction considérable de la partie gauche du scrotum, dont le volume a celui d'une tête de fœtus à terme. Elle est tendue, d'un violet foncé ; de forme ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas ; dureté par place, principalement à la partie supérieure et postérieure ; fluctuation très manifeste à la partie inférieure. Pas de transparence. Pas de douleurs spontanées ni à la pression ; seulement un peu de pesanteur et quelques douleurs passagères dans l'abdomen que le malade compare à des coliques.

28. — Ponction avec le trocart. Environ 250 grammes de sang fluide. Injection iodée.

17 *août.* — Le malade guéri retourne chez lui.

Obs. CCCLIX. — *Hématocèle. Ponctions. Injection iodée. Guérison.* — Gueyrat (François), quarante-trois ans, écrivain, entre le 5 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 26. — Blennorrhagie de longue durée, en 1861. Pas d'autres antécédents. Santé excellente. En septembre 1875, le testicule gauche commença à devenir douloureux spontanément et à la pression, sans aucune cause connue. Le malade n'accuse aucun traumatisme ; puis le testicule augmenta de volume.

Le malade dit qu'à cette époque, il fut tourmenté par des érections presque continuelles. Pendant six mois la partie augmenta de volume, puis resta stationnaire. Les douleurs diminuèrent et ne reparaissaient qu'à la suite de marches multipliées. Mais la tumeur s'accrut insensiblement et d'une manière indolente.

Il y a sept à huit jours, sans cause connues, la peau de la partie devint rouge, comme si un vaisseau s'était rompu dans les téguments, de manière à amener une infiltration sanguine.

5 *mars.* — Scrotum un peu foncé en couleur, sans trace d'épanchement sanguin dans la peau. Du côté droit on trouve un peu d'hy-

drocèle à transparence très nette. A gauche, la bourse est énorme. Il n'y a pas d'adhérences de la peau. La tumeur est pyriforme, en tout semblable à une hydrocèle vaginale. On ne trouve, en aucun point de la périphérie, rien qui ressemble au testicule ou à l'épididyme. Ces organes sont donc englobés dans la tumeur. A la partie antérieure et supérieure de la tumeur, est une petite poche faisant une saillie hémisphérique, fluctuante, très transparente, non réductible dans la tumeur principale. La base d'implantation semble comme entourée d'un bourrelet.

La tumeur principale, lisse, ne présente de transparence en aucun point; cependant elle est évidemment liquide.

On ne trouve rien de suspect dans les poumons; le toucher rectal ne fait rien reconnaître d'anormal du côté de la prostate.

10 *mars*. — On ponctionne la tumeur principale; il sort 350 grammes d'un liquide rouge foncé, couleur du sang altéré, présentant quelques paillettes luisantes de cholestérine.

La petite tumeur est vidée en même temps, sans qu'il soit besoin de faire une ponction spéciale. On ne fait pas d'injection; aucun accident les jours suivants. Le liquide se reproduit rapidement.

17. — Nouvelle ponction et l'on retire un liquide citrin en tout semblable à celui de l'hydrocèle. Les dernières parties sont un peu rougeâtres. Au microscope, on ne trouve pas de globules purulents; mais il y a à peine quelques globules rouges. Injection de teinture d'iode. Aucune fièvre à la suite. Gonflement notable, comme cela se passe pour une hydrocèle ordinaire. Puis la tumeur diminue rapidement, le sac vaginal de ce côté reste seulement plus volumineux et plus dur que du côté droit.

Sort le 6 avril.

Obs. CCCLX. — *Hématocèle extra-vaginale compliquant une hydrocèle.* — Cattecelle (André), quarante-neuf ans, charron, entre le 27 juillet 1877, salle Saint-Augustin, 78.

Cet homme, robuste et de grande taille, n'a jamais eu de syphilis ni de blennorrhagie. Il urinait très facilement. En novembre 1876, c'est-à-dire il y a huit mois environ, ce malade s'est aperçu que ses bourses gonflaient du côté gauche. La tumeur a grossi graduellement sans amener de douleur. Elle avait dans ces derniers temps une forme allongée, et à peu près le volume d'un gros poing; le malade était un peu gêné dans sa marche. Le 24 juillet il s'est donné sur les bourses un coup assez violent avec le manche de son marteau. En vingt-quatre heures la tumeur a triplé de volume et trois jours après l'accident; ce malade entre à l'hôpital.

28 *juillet*. — La moitié gauche des bourses est le siège d'une tumeur ovoïde grosse comme les deux poings. Coloration bleuâtre ecchymotique de la peau des bourses et de la verge. Le testicule

droit est normal. A gauche on sent en avant et en bas un foyer fluctuant superficiel. En arrière l'enveloppe paraît épaissie. On sent en arrière et en bas un point dur et douloureux qui paraît être le testicule. Dans les autres points la tumeur est indolente. Impossible de faire mouvoir la peau sur les parties profondes. Pas de transparence à la lumière. Une ponction avec le trocart est pratiquée en avant et en bas au niveau de la partie fluctuante. Il s'écoule à peine quelques gouttes de sang. Cette partie fluctuante est donc un foyer d'hématocèle extra-vaginale. Compresses résolutives.

2 *août*. — La tumeur diminue de volume. La teinte ecchymotique disparaît graduellement. Mais on sent toujours le foyer fluctuant en avant et en bas. Le malade sort de l'hôpital.

6. — La résorption de l'hématocèle n'est pas encore complète. Le testicule est volumineux. Le malade doit revenir dans un mois.

Obs. CCCLXI. — *Hématocèle ancienne de la tunique vaginale. Castration. Guérison.* — Vangœthen (Isidore), cinquante-huit ans, fondeur en cuivre, entre le 11 août 1878, salle Saint-Augustin, 79. Pas d'hérédité, bonne santé dans l'enfance, pas d'antécédents scrofuleux, syphilitiques ou tuberculeux, jamais de maladies graves. Il a six enfants bien portants. Il y a six ans il fit, en portant une lourde barre de fer, une chute dans laquelle le testicule gauche fut froissé ; deux jours après une tumeur apparut de ce côté, augmenta progressivement jusqu'au volume du poing et resta stationnaire. Pendant toute la durée de son évolution, la peau conserva absolument sa coloration et ses caractères normaux; sensation de pesanteur du côté du scrotum et tiraillements du cordon. Pas de douleurs spontanées, mais, à la suite d'une grande fatigue ou d'une longue course, le malade éprouvait sur le trajet du cordon des douleurs vives, aiguës, irradiées à la racine des cuisses et vers les lombes. Ces accès douloureux se calmaient par le repos. Jamais le malade n'avait été obligé d'interrompre ses travaux lorsqu'il y a huit jours les douleurs commencèrent à devenir continues et tellement vives qu'il fut obligé de prendre le lit. Voyant que le repos le plus complet n'amenait pas de rémission dans son état, le malade demanda à entrer à l'hôpital.

11 *août*. — La moitié gauche du scrotum est le siège d'une tumeur régulièrement ovoïde, à grosse extrémité inférieure du volume du poing. La peau est mince, distendue, luisante; sa coloration est legèrement rosée, mais ne rappelle en rien celle de l'inflammation simple ou du cancer hématique. Les veines superficielles sont dilatées, toutes sont transversales parallèles, de même diamètre et ont le volume d'une aiguille à tricoter. Ces veines dilatées ne s'observent qu'à la moitié inférieure du scrotum, elles persistent quand on distend les téguments. Aucune espèce de transparence. Malgré le plus grand soin, il est impossible de découvrir aucun point fluctuant.

Au toucher la tumeur est dure, solide, de consistance homogène, fibroïde, rappelant celle du sarcome. La pression ne détermine aucune douleur dans la plus grande partie de la tumeur, mais à la face postérieure, elle provoque cette sensation énervante qui révèle la présence du testicule. La tumeur est bien limitée, en haut elle s'arrête à deux travers de doigt au-dessous de l'anneau inguinal inférieur; le cordon est sain. Sur la face antérieure, la tumeur semble divisée en deux parties par un sillon transversal, profond de 1 centimètre, à bords durs, que suit facilement l'extrémité du doigt. La face antérieure est adhérente à la peau dans toute sa hauteur et dans une largeur de trois travers de doigt; en plissant les téguments, on détermine l'aspect chagriné d'une peau d'orange; rien dans les ganglions inguinaux; les organes thoraciques et abdominaux sont sains, l'état général est encore satisfaisant, bien que le malade soit maigre et anémique.

17 *août.* — Chloroforme. Castration; nous circonscrivons la peau adhérente pour ne pas nous exposer à une récidive au cas où la tumeur serait de mauvaise nature. Nous trouvons un grand nombre d'artérioles dans les tuniques du scrotum pendant la dissection. Celle-ci présente quelques difficultés par suite de l'induration des tuniques. La section du cordon, faite immédiatement au-dessus de la tumeur, montre que les tissus funiculaires périphériques ressemblent, à s'y méprendre, à du tissu fibroïde. Nous réunissons les deux tiers supérieurs de la plaie à l'aide de huit points de suture métallique; une mèche de charpie placée dans les parties profondes sort à l'angle inférieur, pansement alcoolisé et phéniqué. Outre les deux pinces placées sur les vaisseaux du cordon, on en laisse quatre dans la plaie pendant vingt-quatre heures. A la coupe la tumeur est une hématocèle de la tunique vaginale à parois d'un blanc jaunâtre, fibroïdes, excessivement épaisses, renfermant une petite quantité de liquide épais couleur chocolat et chargé de cholestérine. Le testicule aplati, étalé, aminci, est comme encadré dans l'épaisseur de la coque fibroïde de la tumeur. L'épididyme et le cordon dans sa partie inférieure ne sont pas reconnaissables.

18 *août.* — T M = 38°. S = 38°,8. P = 96. On enlève les pinces, pas d'hémorrhagies. Injections d'eau alcoolisée et phéniquée. Inappétence, céphalalgie.

19. — T M = 37°,6. S = 38°,4. P = 92. Même pansement. Amélioration dans l'état général, le malade mange avec appétit.

20. T = 37°,2. S = 38°. P = 94. Suppuration peu abondante.

21. On enlève les fils. — Les deux tiers supérieurs de la plaie sont réunis par première intention. Suppuration modérée par le tiers inférieur. On rapproche les bords de la plaie à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnée. A partir de ce moment, cicatrisation régu-

lière et rapide comme dans le cas de plaie simple. Le malade sort guéri le 8 septembre.

Obs. CCCLXII. — *Épididymite blennorrhagique du côté gauche.* — Christen (Émile), vingt-six ans, pianiste, entre le 23 juin 1878, salle Sainte-Marthe, 26.

Il y a deux mois, blennorrhagie traitée par des injections au tannin. Six semaines après, pesanteur dans le scrotum, gonflement, puis douleur très vive, surtout pendant la marche. Entre à l'hôpital, et l'on constate que le testicule gauche est augmenté de volume, dur et douloureux à la pression. La douleur se fait sentir aussi le long du cordon. Pas de fièvre. Repos. Bourses maintenues élevées. Compresses d'eau blanche. La blennorrhagie est complètement guérie.

26 *juin.* — Disparition de la douleur, gonflement très diminué.

27. — Le malade sort. On lui prescrit l'usage d'un suspensoir.

Obs. CDLVII. — *Épididymite droite.* — Strub (Louis), soixante-six ans, courtier, entre le 23 avril 1877 salle Saint-Augustin, 78.

Trois chaudepisses, l'une à dix-neuf ans, l'autre à trente-huit, la dernière il y a trois mois. Jamais jusqu'ici de rétrécissement ou d'orchite consécutive. Il y a un mois environ a senti de la gêne, de la pesanteur dans la bourse droite, quelques jours après une douleur le long du cordon et s'irradiant dans l'aine ; pas de fièvre, appétit diminué. Fatigue dans la marche ou une station debout longtemps prolongée.

La douleur s'est accrue pendant douze jours, puis il a remarqué que son testicule augmentait et était plus dur. A partir de ce moment, les douleurs ont été moins aiguës, mais voyant que les parties devenaient de plus en plus volumineuses, il est entré dans notre service.

La partie droite du scrotum est le double de l'autre, et offre une forme ovoïde ; la peau est rouge, tendue, luisante. La tumeur est dure, bosselée, sensible à la presion. A la partie inférieure, on sent une fluctuation assez nette. Rien du côté du cordon. Cataplasmes laudanisés sur les bourses qui sont maintenues soulevées au moyen d'une palette. Guérison et sortie le 8 mai 1877.

Obs. CCCLXIV. — *Épididymite gauche.* — Girard (Victor) trente-six ans, journalier, entre le 2 juillet 1877, salle Saint-Augustin, 8.

Sujet bien musclé, n'ayant jamais eu de maladies graves. Une blennorrhagie à l'âge de dix-huit ans. Entre à l'hôpital du Midi où l'on prescrit copahu et cubèbe, pas d'injections. Huit jours après, orchite du côté gauche. Cataplasmes, bains. Eau de Sedlitz, un verre chaque jour, l'espace d'une semaine. Guérison un mois après. Il y a un an, deuxième chaudepisse, traitée à Saint-Louis. Sort de cet hôpital non guéri. Le surlendemain entrée au Midi. Injections (ne peut se rappeler de quelle espèce). Quinze jours après, épididymite

gauche. Cataplasmes, bains. L'écoulement, un peu moins abondant, n'en continue pas moins. Sort amélioré au bout de dix jours.

19 *juillet.* — Se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et est admis dans nos salles pour une nouvelle orchite survenue il y a huit jours. Gonflement du testicule gauche ; la tumeur a le volume d'un œuf de dinde ; le scrotum de ce côté est rouge, luisant. Pas de fièvre ; sentiment de pesanteur dans les bourses (des deux côtés, et dans les aines), rien du côté des lombes ; envies fréquentes d'uriner. Douleurs à la pression ; épanchement manifeste dans la tunique vaginale. Cataplasmes. Purgatifs. Bains.

On continue ce traitement et, le 27 juillet, on constate une grande amélioration. A partir de ce moment, le malade va de mieux en mieux et, le 11 août, il quitte l'hôpital.

Obs. CCCLXV. — *Epididymite droite.* — Renard (Louis), vingt-six ans, cocher, entre le 8 juin 1877, salle Saint-Augustin, 3.

Première blennorrhagie il y a cinq ans. Le 15 mai dernier, nouvelle blennorrhagie ; écoulement uréthral, sentiment de cuisson pendant la miction ; ne fait aucun traitement et continue son travail.

Depuis le 3 juin, douleurs dans le testicule droit qui augmente de volume ; ces accidents amènent le malade à l'hôpital.

Bourse droite d'un volume double de celui de la gauche ; le testicule et l'épididyme sont tuméfiés et indurés ; épanchement peu considérable dans la tunique vaginale. Douleurs spontanées très vives, localisées au testicule, s'exaspérant à la pression. Peau un peu rouge et chaude. Écoulement uréthral peu abondant.

Les testicules sont relevés à l'aide d'une planchette échancrée reposant sur les cuisses. Cataplasmes laudanisés en permanence. A l'intérieur, copahu, capsules de térébenthine. — Bains tous les deux jours.

12 *juin.* — Amélioration, le gonflement de la glande diminue ; douleurs moins vives.

20. — Guérison presque complète. Le testicule a sensiblement son volume normal ; encore un peu d'induration de l'épididyme. Douleurs presque nulles. Le malade quitte le service.

Obs. CCCLXVI. — *Épididymite gauche.* — Royer (François), vingt ans, garçon d'hôtel, entre le 9 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 6.

Depuis deux mois, écoulement blennorrhagique abondant, aucun traitement. Il y a huit jours, après une longue fatigue, douleurs dans le testicule gauche, qui a commencé à augmenter de volume.

9 *mars.* — La peau de la partie gauche du scrotum est rouge et chaude. Le testicule gauche est induré et d'un volume double de celui du côté opposé ; épididyme induré et tuméfié, épanchement peu abondant dans la tunique vaginale. Douleurs très vives, s'exaspérant à la moindre pression et s'irradiant vers le trajet du cordon

et vers la région lombaire. La moitié droite du scrotum est normale. L'écoulement uréthral a presque cessé depuis quatre jours.

Repos au lit : planchette de bois échancrée, portant sur les cuisses et maintenant les testicules relevés. Cataplasmes laudanisés en permanence. Le gonflement diminue rapidement. Les douleurs deviennent moins vives.

Le 14 mars le malade quitte le service. L'écoulement uréthral est plus abondant depuis deux jours. Douleurs dans le testicule presque nulles. Induration de l'épididyme.

Obs. CCCLXVII. — *Orchite métastatique.* — Hamon (Louis), seize ans, serrurier, entre le 16 février 1877, salle Saint-Augustin, 4.

Sujet lymphatique ; constitution moyenne, a eu le mois dernier un engorgement de la glande parotide gauche, disparu sous l'influence de cataplasmes de farine de graine de lin. Pendant la durée de l'affection, fièvre légère, céphalalgie, embarras gastrique, douleurs violentes dans l'oreille du même côté.

Tout avait disparu lorsqu'il y a huit jours il a ressenti une pesanteur insolite au périnée, dans le scrotum du côté droit, une douleur vague le long du cordon, surtout pendant la marche. En même temps il remarquait une augmentation de volume du testicule de ce côté.

16 *février*. — Portion droite du scrotum rouge, et très gonflée. Par le palper on ne constate rien d'anormal du côté du cordon ; pas d'épanchement dans la tunique vaginale ; rien non plus du côté de l'épididyme. Le testicule seul est triplé de volume et présente une tumeur ovoïde, dure, régulière, sans bosselures et douloureuse à la pression. Le testicule gauche est parfaitement sain. Pas de blennorrhagie antérieure. Repos absolu au lit ; les bourses sont maintenues soulevées avec une planchette et recouvertes de cataplasmes émollients.

22. — Le gonflement a diminué, le testicule n'est guère qu'une demi fois plus gros que son congénère. Compresses d'eau blanche.

28. — L'engorgement testiculaire a complètement disparu. Le malade se lève.

3 *mars*. — Départ pour Vincennes. Pas d'atrophie du testicule.

Obs. CCCLXVIII. — *Orchite et probablement hématocèle traumatiques, ecchymose périnéo-scrotale.* — Landat (Léon), dix-neuf ans, boutonnier, entre le 30 mai 1877, salle Saint-Augustin, 3.

La veille au soir, il a reçu un violent coup de pied dans les bourses. Tombé sans connaissance, il fut transporté dans sa famille. Une heure après, il revenait à lui, et accusait une violente douleur dans la partie atteinte, surtout en un point correspondant au testicule gauche. Pendant la nuit le scrotum sur toute son étendue prenait une coloration violette très foncée et devenait en même temps le siège d'une tuméfaction marquée.

A son entrée : nous trouvons le scrotum triplé de volume, presque noir, tendu ; la verge a conservé son volume normal et les téguments sont intacts. Pesanteur le long du cordon, dans le périnée, douleur aiguë augmentée par la pression. Le toucher révèle une dureté marquée surtout du côté gauche ; le testicule de ce côté est tuméfié, très dur, très sensible. Compresses d'eau blanche sur les bourses maintenues élevées au moyen d'une planchette.

31 *mai.* — Un peu de fièvre au commencement de la nuit. Peu d'appétit. T = 38°,2. — P = 96.

1er *juin.* — Coloration noire moins prononcée. Encore un peu de fièvre. Appétit reparu. T = 38°. — P = 92.

4. — Diminution notable du gonflement. La teinte noire passe au violet foncé. Le testicule est moins dur et moins sensible, Disparition complète de la fièvre. Même traitement. T = 37°,7. — P = 68.

6. — La coloration du scrotum passe du violet au rouge. Pas de douleur à la pression. Le testicule est presque revenu à ses dimensions, mais il est plus dur que celui du côté opposé. Même traitement. Repos au lit.

7. — Le malade se trouve bien, il demande sa sortie. La peau du scrotum est encore rougeâtre et le testicule toujours induré.

Obs. CCCLXIX. — *Orchite tuberculeuse droite.* — Lochet (Pierre), cinquante-trois ans, orfèvre, entre le 5 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 29. Alcoolique. Constitution débile. Gourme et maux d'yeux dans l'enfance.

Blennorrhagie à dix-huit ans ; rétention d'urine, en 1868, traitée à Saint-Louis par la dilatation progressive. En 1871, le rétrécissement se reproduit, même traitement. Il y a vingt jours, en travaillant, douleur spontanée assez vive dans le testicule droit. Le lendemain il n'a pu travailler par suite des douleurs causées par la marche. La peau est devenue chaude, rouge, et le soir même il a ressenti quelques élancements. Le troisième jour, à la consultation, nous prescrivons le repos et des frictions avec pommade mercurielle belladonée. Après quinze jours de ce traitement un abcès s'ouvre spontanément à la partie antérieure et inférieure de la bourse droite. L'évacuation du pus réduit sensiblement le volume de la tumeur. La suppuration continuant, le malade demande à entrer à l'hôpital.

5 *avril.* — La peau du scrotum, épaissie, violacée et adhérente, du côté droit du testicule, présente un trajet fistuleux par lequel suinte un pus verdâtre et mal lié. Tumeur du volume d'une orange, inégale, à surface bosselée. Au toucher on sent des noyaux tuberculeux, indurés ou en voie de ramollissement. La pression fait sortir le pus en abondance, néanmoins on ne sent pas de fluctuation. L'épididyme est aussi le siège de tubercules ; le cordon est induré et plus volumineux que celui du côté gauche. Par le toucher rectal on

trouve que la prostate est le siège de noyaux d'induration. Le malade a maigri depuis quelque temps ; il n'a jamais eu d'hémoptysies ; l'auscultation du poumon indique seulement un peu d'induration du sommet gauche. L'appétit est bon. Pas de diarrhée ni de sueurs nocturnes.

Cataplasmes et bains simples. Huile de foie de morue et sirop d'iodure de fer ; vin de quinquina ; nourriture fortifiante.

14 *avril.* — Un nouvel abcès s'est formé ; il a le volume d'une noix, on l'incise avec le bistouri.

19. — Incision d'un troisième abcès.

22. — La suppuration se tarit ; le malade a repris des forces ; mais le testicule n'a pas diminué de volume.

23. — Demande à aller dans sa famille.

Le malade rentre le 28 avril pour un quatrième abcès que l'on incise le 29 avril ; le 6 mai il quitte le service et n'a point été revu.

Obs. CCCLXXI. — *Testicule tuberculeux. Castration. Guérison.* — Haussemann (Léon), vingt-trois ans, ferblantier, entre le 21 octobre 1878 salle Sainte-Marthe, 30. Sa mère est morte phtisique à quarante-trois ans, un de ses frères est mort à dix-neuf ans, dans le marasme, au cours d'une coxalgie suppurée. Quant à lui, il n'a jamais eu de maladies graves dans l'enfance. Deux blennorrhagies, l'une à dix-huit, l'autre à vingt-un ans, goutte militaire après la seconde pendant deux ans. En mai 1878 douleurs entre les épaules, toux, expectoration muco-purulente et filets de sang dans les crachats, sueurs nocturnes, amaigrissement. A la même époque, le testicule droit est devenu douloureux, augmentation de volume, rougeur de la peau. Il entre à l'hôpital du Midi et suit le traitement suivant : application de vingt sangsues sur la partie droite du scrotum. Cataplasmes. Peu de soulagement, en juin formation d'une tumeur d'aspect inflammatoire à la partie inférieure du scrotum. Incision avec le bistouri, écoulement de quelques gouttes d'un pus crémeux, épais, blanchâtre, caséeux. Cataplasmes. Une fistule persiste et donne issue à une suppuration abondante. Un mois plus tard ouverture d'un nouvel abcès à l'extrémité supérieure du testicule, même marche. Le malade entre dans un autre service où l'on ordonne : pilules phosphoriques, bains sulfureux et injections de teinture d'iode dans la fistule, sans résultat. En juillet : pleurésie droite ; ventouses, deux vésicatoires.

En septembre dernier deux nouveaux abcès s'ouvrent spontanément à la face antérieure du scrotum, dans l'intervalle des deux premières fistules, et restent eux mêmes fistuleux. La persistance de ces accidents amène le malade dans notre service. La moitié droite du scrotum est le siège d'une tumeur irrégulièrement ovoïde, à grand axe vertical, du volume d'un œuf de poule, sans bosselures

apparentes. La peau présente une teinte d'un rouge sombre, plus marquée à la face antérieure du scrotum. On voit à ce niveau, sur une ligne à peu près verticale, quatre orifices fistuleux dont le supérieur répond au sommet de la tumeur et l'inférieur à la partie la plus déclive du scrotum. Au niveau de ces orifices la peau présente une teinte brunâtre, elle est déprimée, adhérente à la tumeur, de sorte que l'ouverture de chaque fistule occupe le centre d'une petite cavité cratériforme, continuellement baignée par le pus. Au toucher les tuniques du scrotum ont conservé leur mobilité et leur souplesse; à la face postérieure de ce côté on sent encore distinctement le testicule et l'épididyme, mais à la face antérieure la peau et les couches sous-jacentes sont épaissies, indurées, confondues avec la partie correspondante de la tumeur qui offre elle-même une consistance ferme, solide, inégale, fibroïde au niveau des fistules, plus élastique et comme sarcomateuse à leur pourtour. Le testicule et l'épididyme sont également pris et confondus. Le cordon paraît sain du côté droit. A gauche il existe une varicocèle volumineuse.

Le testicule gauche est sain. Rien dans les ganglions inguinaux. Par le toucher rectal, on sent que les vésicules séminales sont infiltrées de nodules tuberculeux indurés. L'examen du thorax révèle des lésions pulmonaires peu avancées. Matité au sommet gauche, craquements humides, râles muqueux du même côté. Frottements de pleurésie sèche du côté droit. Toux et expectoration rares. Rien du côté de l'abdomen. L'état général est encore peu altéré, l'amaigrissement et la perte des forces sont peu avancées, mais le malade est anémique : pâleur de la face, décoloration des muqueuses. Il s'agit évidemment d'un testicule tuberculeux. Malgré la présence de tubercules daus d'autres organes nous nous rendons aux supplications du malade et nous le débarrassons de la tumeur qui est pour lui une cause d'épuisement rapide.

16 *novembre*. — Chloroforme. Castration; nous enlevons entre le testicule, la portion adhérente du scrotum. Perte de sang insignifiante; l'hémostasie temporaire à l'aide de quatre pinces a été suffisante. Nous laissons seulement en place les deux pinces posées sur les vaisseaux du cordon. Nous plaçons un drain au fond de la plaie et nous réunissons les deux tiers supérieurs de celle-ci à l'aide de sept points de suture métallique. Pansement alcoolisé phéniqué.

Coupe de la tumeur. — Cette coupe montre que les noyaux tuberculeux forment à la face antérieure du testicule un couche blanchâtre, caséeuse, épaisse. En arrière, on voit la substance glandulaire encore saine. La température n'a pas dépassé 38°,6 pendant lescinq premiers jours, ensuite elle a été normale. Le second jour on enlève

les pinces laissées sur le cordon. Pendant les quatre premiers jours douleurs inguino-scrotales droites très vives.

21. — On enlève les fils que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées. La réunion n'est obtenue qu'à la partie moyenne de la plaie. On fait tous les jours des injections par le tube à drainage. Le malade a eu deux pertes séminales nocturnes depuis l'opération. Érections fréquentes. Suppuration abondante.

24. — La suppuration diminue, le fond de la plaie se comble par des bourgeons charnus, en enlève le tube à drainage.

5 *décembre*. — Le malade s'est levé ; hémorrhagie en nappe à la surface de la plaie, écoulement d'environ 50 grammes de sang, que l'on arrête facilement par le repos et une compresse légère.

9. — Il ne reste plus qu'une plaie superficielle linéaire que l'on cautérise tous les jours au nitrate d'argent. État général satisfaisant. Le malade ne tousse plus et ne souffre pas.

21. — Cicatrisation complète, le malade quitte le service

Obs. CCCLXXI. — *Testicule tuberculeux. Hydrocèle symptomatique. Ponction.* — Lancelin (Ferdinand), quarante-six ans, entre le 27 juin 1877, salle Saint-Augustin, 2.

Malade de petite taille, maigre, au teint un peu pâle. A été chétif dans sajeunesse. A présenté, dit-il, à l'âge de vingt ans, des signes de de tuberculisation pulmonaire. Son médecin a déclaré à sa famille qu'il ne vivrait pas. Mais depuis l'âge de vingt ans il a recouvré la santé. Il a même fait beaucoup d'excès dans ses tournées d'artiste en province.

Il y a trois ans, le malade a eu, au niveau de l'angle de la mâchoire, un abcès qui a très bien guéri. Depuis neuf mois environ il s'est aperçu que ses bourses grossissaient. Mais il ne souffrait aucunement et n'était pas gêné dans la marche.

Depuis quelques semaines seulement le malade se sent un peu fatigué à la fin de la journée. Tourmenté par l'augmentation de volume constante des bourses, il entre à l'hôpital.

28 *juin*. — La moitié latérale droite des bourses est le siège d'une tumeur ovoïde, grosse comme le poing d'un adulte, rénitente et fluctuante en avant, dure en arrière et en bas au niveau du testicule qui ne présente pas de bosselures, mais une augmentation de volume en masse. La peau n'est pas adhérente ; elle est simplement tendue, tant en arrière qu'en avant. La partie fluctuante n'offre pas de transparence à la lumière. Sur le testicule gauche on sent un noyau induré au niveau de la queue de l'épididyme. Au-dessus de ce noyau se trouve une tumeur fluctuante, grosse comme une noix, et paraissant envelopper le cordon spermatique. Le testicule gauche est aussi un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Au *toucher rectal* la prostate paraît saine ; on ne sent aucun foyer de ramollisse-

ment ni au niveau de la prostate ni au niveau des vésicules séminales.

A l'examen de la poitrine on ne trouve ni râles, ni craquements aux sommets. La respiration s'entend librement dans toute l'étendue de la poitrine : il y a cependant du côté gauche, sous la clavicule, une respiration rude avec expiration prolongée. Iodure de potassium. Arsenic.

2 *juillet.* — Avec un trocart ordinaire ponction de la poche fluctuante dans un point situé en avant et en bas. Il s'écoule environ 60 grammes de sérosité sanguinolente mêlée de flocons rougeâtres. Indolence complète. Dans le vase, le liquide se prend en masse comme de la gelée de groseille.

Après avoir vidé la poche, on sent quelques inégalités en avant du testicule droit. Ce testicule est du reste très volumineux, plus gros qu'un œuf, et a conservé sa forme ellipsoïde.

4. — Le malade sort de l'hôpital dans le même état.

Obs. CCCLXXII. — *Tubercules du testicule.* — Rouy (Nicolas), soixante-six ans, tonnelier, entre le 6 juillet 1877, salle Saint-Augustin, 77. Homme bien portant d'habitude. A huit enfants qui sont tous vivants et jouissent d'une bonne santé. Il raconte qu'il a toujours eu l'haleine courte.

Il y a deux mois le malade a senti une assez vive douleur dans les bourses. En même temps le testicule gauche gonflait et la peau devenait rouge. Au début, pendant cinq ou six jours, le malade a éprouvé une grande cuisson en urinant, bien qu'il n'eût pas d'écoulement par la verge et qu'il n'eût pas eu de rapports sexuels. Il a été traité chez lui par des cataplasmes.

Mais la douleur persistant, et le testicule gauche étant toujours très volumineux, ce malade entre à l'hôpital.

7 *juillet.* — Le testicule gauche est augmenté de volume. On sent une nodosité au niveau de la tête de l'épididyme. La surface du testicule est rugueuse, mais sans bosselures manifestes. Le cordon lui-même est épaissi et douloureux au palper. La peau est rouge et luisante sur la moitié gauche des bourses, surtout à la partie antérieure. Au-dessous du testicule on sent un empâtement profond, mais pas encore de fluctuation. Tous ces caractères sont bien les signes physiques d'un tubercule du testicule. Mais au toucher rectal la prostate n'est pas volumineuse. Il n'y a pas de ramollissement ni sur la prostate ni sur les vésicules séminales. Le malade éprouve parfois des douleurs brûlantes, en urinant, à la partie moyenne de la verge. L'auscultation de la poitrine ne révèle aucune lésion des sommets des poumons. La respiration est rude, un peu soufflante. Les battements du cœur sont sourds. Cataplasmes en permanence.

14. — Un abcès s'est formé au-dessous du testicule. La peau est

rouge, luisante et tendue. Fluctuation manifeste. Ponction avec le bistouri à la partie la plus déclive. Il s'écoule une certaine quantité de pus sanguinolent mêlé de grumeaux caséeux. Quand la poche est vidée, on sent une dépression au niveau de l'épididyme. Bosselure apparente. Mèche placée dans l'ouverture.

26. — La première ouverture ne donne presque plus de pus. Il s'est formé un second abcès un peu plus haut que le premier, en avant du testicule. Sort sur sa demande.

Obs. CCCLXXIII. — *Testicule syphilitique. Iodure de potassium. Guérison.* — Notte (Désiré), vingt-huit ans, charpentier, homme vigoureux, bien constitué, entre le 9 juillet 1877 salle Sainte-Marthe. En janvier 1873 il contracta à la face interne du prépuce, près du frein, un chancre induré pour lequel il suivit un traitement d'un mois dans un hôpital spécial. En avril 1874 il remarqua une augmentation de volume du testicule gauche. Il suivit pendant trois semaines à l'hôpital Lariboisière un traitement à l'iodure de potassium. Au bout de deux mois le testicule était revenu à son volume normal, le malade cessa l'iodure. Il y a dix mois, c'est-à-dire trois ans après le début, le testicule droit se prend à son tour, sans douleur, sans troubles fonctionnels. Depuis un mois seulement le malade ressent quelques douleurs qu'il compare à des tiraillements, surtout sensibles après la fatigue du travail. Le scrotum du côté droit présente une augmentation de volume assez appréciable, sans coloration particulière de la peau qui n'est pas tendue et lisse comme dans l'hydrocèle.

En avant du testicule on constate cependant un épanchement peu considérable, transparent. La glande, du volume d'un gros œuf de poule, a gardé sa forme, mais la surface est chagrinée, présente de petites bosselures surtout accentuées au voisinage de la tête de l'épididyme. Quelques-unes ont atteint le volume d'une lentille. La tumeur est très dure, et le malade n'accuse aucune douleur même sous une pression assez forte. Le cordon pas plus que la prostate ne présentent rien de particulier. Le malade n'accuse aucun trouble des fonctions génitales.

Le testicule gauche semble un peu atrophié, mais il présente une consistance normale, et est sensible à la pression : il n'existe pas d'épanchement de ce côté.

En examinant le corps du malade, on ne trouve pas de lésions osseuses, mais il existe au-dessous de l'extrémité interne de la clavicule, au-dessus de la première côte, une cicatrice gaufrée, à bords cuivrés, de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent. Ce sont les traces d'une tumeur du volume d'un œuf, qui s'est ulcérée il y a deux ans et mit huit mois à guérir. Les bords de la langue et la face inférieure de sa pointe présentent quelques plaques muqueuses.

Le malade prend chaque jour 25 centigrammes, puis au bout de six jours 1 gramme d'iodure de potassium.

Le 15 août le testicule avait notablement diminué de volume. Le malade quitte le service, devant suivre son traitement au dehors.

Un mois après il se présente à la consultation. Le testicule était presque revenu à son volume normal. Celui du côté gauche ne présentait rien de particulier.

Obs. CCCLXXIV. — *Kyste spermatique.* — Mercier (Joseph), quarante-six ans, cuisinier, entre le 16 avril 1877, salle Sainte-Marthe. En 1873, ce malade vit son scrotum sortir du côte gauche. L'accroissement de volume se fit avec une lenteur remarquable, car ce n'est qu'en mars 1875 qu'il entra à l'hôpital, dans le service de M. Péan, où on lui fit une ponction qui donna issue à 500 grammes de liquide blanchâtr. On ne fit pas d'injection après la ponction. Sortit six jours après.

Vers le mois de juillet de la même année, il s'aperçut que la tumeur reparaissait. Elle augmenta de volume avec autant de lenteur que la première fois, et le 16 avril 1877 il entre à l'hôpital.

La tumeur scrotale, située à gauche, a tous les caractères de l'hydrocèle ordinaire. Le scrotum droit est intact. Le gauche est énorme, ovoïde, absolument régulier et lisse, peut être un peu moins transparent que l'hydrocèle simple. On ne trouve pas le testicule isolé comme dans les kystes ordinaires. Tout porte à croire que le liquide est dans la tunique vaginale.

A la partie inférieure et postérieure la pression provoque une légère douleur. On pratique la ponction à la partie antérieure. Il sort un litre de liquide opalescent, limpide. Au microscope, on y trouve des quantités de spermatozoïdes vivants. On ne fait pas d'injection. Le liquide se reforme peu à peu, sans réaction inflammatoire : quand la tumeur a atteint les deux tiers du volume qu'elle avait avant la ponction, on évacue de nouveau le liquide. Cette fois on extrait 350 grammes de liquide en tout semblable à celui de l'hydrocèle comme couleur et comme consistance. L'examen microscopique n'y dénote aucun animalcule spermatique. On fait suivre la ponction d'une injection iodée. Le malade reste à l'hôpital, les parties élevées sur un coussin, avec des résolutifs (eau blanche). La réaction inflammatoire fut vive. La résolution très lente.

Le malade part pour Vincennes un mois après son entrée.

Obs. CCCLXXV. — *Kyste spermatique.* — Bourdiliat, cinquante ans, employé de bureau, entre le 5 avril 1877, salle Sainte-Marthe. Jamais d'affection des voies urinaires, si ce n'est un léger écoulement à l'âge de vingt-un ans.

Début de la maladie actuelle il y a six ans, pendant la guerre, sans cause connue (fatigue des marches militaires du siège ?).

Le malade s'aperçut un jour qu'une petite grosseur se développait près du testicule gauche : molle, élastique, dès l'origine, elle envahit peu à peu la région du cordon. Le malade a remarqué nettement que l'augmentation de volume de la tumeur se faisait par des grosseurs isolées et superposées.

Depuis dix-huit mois (janvier 1876) le volume n'a guère augmenté. Les seuls symptômes fonctionnels pendant l'évolution furent : une douleur sourde dans la bourse et quelques tiraillements dans l'aine et le flanc du côté gauche. Mais actuellement les douleurs sont devenues plus vives, remontent dans l'abdomen, et le malade veut se faire opérer.

5 *avril.* — Bourse droite normale ; mais, en palpant les parties profondes, on sent au-dessus du testicule droit, au niveau de l'hydrocèle de Morgagni, deux petites tumeurs pyriformes, adhérentes à la tête de l'épididyme, de consistance élastique et roulant sous le doigt.

Du côté gauche, aucune altération de la peau, parfaitement souple et mobile sur les parties profondes. Ce côté forme une tumeur pyriforme semblable à celle de l'hydrocèle, remontant en pointe jusqu'à l'anneau inguinal. Mais la surface en est bosselée, en trois points différents. A la palpation on sent facilement les parties isolément, vu le peu de tension de la tumeur. Le testicule se sent nettement et en arrière. On l'isole assez difficilement, à sa partie supérieure, des tumeurs voisines. Immédiatement au-dessus et en avant du testicule, entre lui et les racines de la verge, est la principale poche, grosse comme une noix ; en dehors d'elle, sur le trajet du cordon, un troisième renflement, allongé de haut en bas, surmonte le précédent et s'étend jusqu'à l'anneau, dont on peut facilement l'isoler.

En avant et en dehors, on limite très nettement les saillies, mais en arrière et en dedans, elles semblent se confondre avec le cordon et peut-être avec l'épididyme. Aucune ne semble communiquer avec la voisine. Toute la masse est irréductible. La transparence est presque parfaite dans toute la tumeur, excepté au niveau du testicule, en bas et en arrière. On diagnostique une tumeur kystique à contenu probablement spermatique, vu la présence des petites tumeurs du testicule droit.

7 *avril.* — Ponction de la poche située immédiatement en avant et au-dessus du testicule. Elle se vide d'un seul trait. Le liquide est opalescent. L'autre poche ne se vide pas ; on dirige le trocart, sans le sortir de la peau, dans la poche voisine.

Deux heures et demie après la ponction on examine le liquide au microscope : il est rempli de spermatozoaires vivants ; il y a une quantité notable de leucocytes à noyau, en nombre variable. Quel-

ques rares globules rouges, aucun cristal. Une injection iodée fut faite dans la poche.

8. — Pas de fièvre, un peu de douleur, peu de gonflement.

9. — Gonflement assez notable.

Sans autres complications, la bourse diminua peu à peu, et le malade quitta la salle le lundi suivant.

Obs. CCCLXXVI. — *Kyste du testicule droit contenant des cristaux de cholostérine et résultant d'une ancienne hématocèle. Castration. Guérison.* — Perwez (Théodore), quarante-quatre ans, frappeur, entre le 18 juillet 1877, salle Saint-Augustin, 2. Forte constitution. Bonne santé habituelle. En 1870, chancre infectant, plaques muqueuses. Traitement antisyphilitique. Quelques temps après, hydrocèle double de la tunique vaginale, ponction et injection iodée. La guérison a été complète à gauche ; mais, en 1873, la bourse droite a de nouveau commencé à augmenter de volume ; la tumeur a évolué lentement et sans déterminer de douleur ou de gêne autres que celles produites par son volume. Le malade, que nous tenons toujours en observation, a suivi régulièrement le traitement à l'iodure de potassium, sans que ce traitement entrave la marche de la tumeur. Depuis le début de ces accidents, il s'est marié, et a eu quatre enfants bien portants. Le volume croissant de la tumeur du testicule, et l'apparition sur le bord droit de la langue d'une petite tumeur qui s'est ulcérée amène le malade à l'hôpital.

18 *juillet*. — La partie gauche du scrotum est plus volumineuse que la droite et descend beaucoup plus bas, à part un certain degré de tension. Les téguments sont complètement normaux ; ni rougeur ni bosselures, aucune trace apparente d'adhérence à la tumeur. Au toucher, celle-ci a la forme d'un ovoïde à grosse extrémité inférieure dont le diamètre vertical est allongé, mesure 11 centimètres ; son diamètre transversal égale celui d'un œuf de dinde. Sa consistance est très différente dans les portions supérieure et inférieure. La moitié supérieure est molle et manifestement fluctuante, elle semble constituée par un kyste à parois épaisses, qui se continue par sa base avec le reste de la tumeur, sans ligne de démarcation appréciable. La moitié inférieure est dure, en masse, de consistance fibroïde. Lorsque les téguments sont fortement tendus, on sent à la surface avec la pulpe du doigt des nodosités pyriformes très dures. Le testicule et l'épididyme semblent avoir conservé leurs rapports, mais il est difficile de les reconnaître. Toutefois, on sent, à la partie postéro-supérieure de la tumeur, une sorte de cordon mal limité qui rappelle la queue de l'épididyme. De telle sorte que la glande répondrait à la partie solide de la tumeur, et que le kyste serait développé au niveau de la tête de l'épididyme. La tumeur n'est transparente à la lumière en aucun point. Rien d'anormal du côté du cor-

don. Indolence complète, même à la pression. Le testicule gauche paraît sain. Rien dans les ganglions inguinaux. Outre l'affection du testicule, le malade porte sur la partie médiane du bord droit de la langue une ulcération profondément excavée de 1 centimètre de diamètre, qui a tous les caractères d'une gomme ulcérée : bords indurés taillés à pic ; fond rouge, luisant et inégal. De longues fissures antéro-postérieures sillonnent la surface de l'organe. Rien dans les ganglions sous-maxillaires.

21. — Chloroforme. Castration. Rien de particulier pendant l'opération. Celle-ci terminée, nous suturons les lèvres de la plaie à l'aide de sept points de suture, le tiers inférieur étant laissé pour l'introduction d'une mèche de charpie alcoolisée. Huit pinces hémostatiques sont laissées sur les vaisseaux. Sur une coupe, nous constatons que la moitié de la tumeur est constituée par un kyste à cholestérine, à parois fibroïdes très épaisses mesurant plus de 2 centimètres en certains points ; il contient 120 grammes d'un liquide épais, non granuleux, couleur chocolat. La portion solide est blanchâtre, d'aspect et de consistance fibroïde, peu vasculaire; elle est constituée par des tractus fibreux très épais, dont les mailles étroites renferment des éléments granulo-graisseux.

22. — TM = 37° 8. P = 90. On enlève les pinces hémotastiques à l'exception de deux qui sont laissées sur les vaisseaux du cordon. Pansement alcoolisé. Iodure de potassium.

23. — TM = 37° P = 86. On enlève les dernières pinces. Même pansement.

25. — On enlève les sutures, que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnée. La gomme de la langue diminue d'étendue.

30. — Le rapprochement des bords de la plaie n'en a pas amené la réunion. Suppuration modérée.

8 *août*. — Tuméfaction douloureuse du cordon. Rougeur de la peau. Cataplasme et onguent napolitain. Cet accident retarde la cicatrisation. Sous l'influence des émollients les accidents disparaissent en huit jours. Des bourgeons charnus de bonne nature ne tardent pas alors à combler le fond de la plaie. La suppuration se tarit progressivement et, le 30 août 1877, ce malade sort complètement guéri. La gomme de la langue est disparue sous l'influence de l'iodure de potassium.

Obs. CCCLXXVII. — *Tumeur du testicule. Castration. Enchondrome.* — Lenglin (Louis), trente ans, garçon de recette, entre le 6 novembre 1878, salle Sainte-Marthe, 2. Pas d'hérédité. Adénites cervicales et gourme dans l'enfance. Pas d'antécédents vénériens ou tuberculeux. Jamais de maladies graves. Depuis plusieurs jours, il éprouve des tiraillements dans la partie droite du scrotum et des douleurs in-

guino-scrotales, tantôt sourdes, tantôt aiguës. Le testicule droit ne présentait d'abord rien d'anormal dans son volume, sa forme et sa consistance. Depuis trois mois, les douleurs sont devenues plus vives, lancinantes, continues et exacerbantes ; en même temps le testicule droit a augmenté de volume et est devenu plus consistant. La tuméfaction et l'induration, d'abord limitées à l'épididyme, ont progressivement envahi toute l'étendue de la glande. Cette marche croissante de la tumeur effraye le malade qui demande à entrer à l'hôpital.

6 *novembre.* — La moitié droite du scrotum est plus volumineuse et descend plus bas que la gauche. La peau est tendue, un peu luisante, mais ne présente aucune altération appréciable. Pas de rougeur inflammatoire. Pas de vascularisation anormale. Au toucher, le testicule droit a le volume d'un gros œuf de poule, sa surface est lisse, unie, sans bosselure apparente. Il ne contracte aucune espèce d'adhérences avec les diverses tuniques du scrotum. Sa consistance est dure, solide, homogène, sarcomateuse. Aucun point ramolli ou fluctuant. La pression exaspère les douleurs, mais ne détermine pas la sensation énervante propre à la pression du testicule. Les éléments du cordon paraissent sains, ils se perdent à la partie supérieure de la tumeur, où l'on cesse de pouvoir les suivre. Rien dans les ganglions inguinaux. L'état général est très satisfaisant; les organes thoraciques et abdominaux sont sains.

9 — Chloroforme. Castration. La tumeur ne présente aucune adhérence et son énucléation est des plus simples. Nous appliquons deux pinces hémostatiques sur les éléments du cordon et nous sectionnons le pédicule de la tumeur au-dessous du point comprimé. La castration effectuée, nous réunissons les lèvres de l'incision à l'aide de six points de suture métallique, en ayant soin de laisser à la partie déclive une ouverture suffisante pour l'introduction d'une mèche de charpie imbibée d'eau alcoolisée et pour l'écoulement des liquides. Toutes les pinces hémostatiques peuvent être enlevées après l'opération, à l'exception de celles qui compriment les éléments des cordons. Pansement alcoolisé et phéniqué. *Sur une coupe, la tumeur* est formée d'une trame d'aspect fibreux circonscrivant des aréoles dans lesquelles on trouve un tissu mou, friable, jaunâtre dans certains points, rosé et même rouge foncé dans d'autres points.

Examen microscopique de la pièce. — On voit les éléments nucléaires sans tendance vers une évolution supérieure. Dans d'autres points les noyaux tendent à se fasciculer. La tumeur contient, en outre, quelques points cartilagineux et des fibres musculaires striées. DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE. *Sarcome embryo-plastique.*

Pas de réaction fébrile. Le malade conserve toujours l'appétit et le sommeil. Le quatrième jour on enlève les fils ; les 2/3 supérieurs de

la plaie étaient réunis par première intention. Consécutivement les bords de la plaie furent maintenus rapprochés à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnées. Le drain fut enlevé le dixième jour, et l'on commença à cette époque à cautériser les bourgeons charnus exubérants.

Le vingtième jour après l'opération, 29 novembre 1878, le malade quittait l'hôpital et reprenait son travail.

Obs. CCCLXXVIII. — *Fongus du testicule à la suite d'un abcès ouvert spontanément chez un syphilitique. Castration. Guérison.* — Paul (Auguste), trente-cinq ans, chauffeur, entre le 9 juillet 1877, salle Saint-Augustin, 3. Forte constitution. En 1865, chancre du gland ; bubon suppuré, taches sur le corps. Traitement par la liqueur de Van-Swieten. Le malade se marie et a quatre enfants bien portants. Il y a quatre ans, le côté droit du scrotum devint très volumieux ; tuméfaction inflammatoire peu douloureuse. Application de sangsues ; amélioration, mais le testicule reste volumineux. Il y a un an, entre à l'hôpital pour des accidents analogues. Traitement par l'iodure de potassium. Quinze jours après la sortie, un abcès s'ouvre spontanément sur la face antérieure du scrotum, écoulement d'une matière purulente épaisse, mélangée à du sang. L'ouverture de l'abcès reste fistuleuse et se recouvre de fongosités qui prolifèrent malgré la continuité du traitement antisyphilitique.

9 *juillet.* — Sur la face antérieure de la partie droite du scrotum existe un champignon fongueux, ovoïde, du volume d'une mandarine ; sa surface est recouverte de bourgeons charnus, volumineux, luisants, de coloration rouge foncé. La peau du scrotum est lisse, tendue, de couleur violacée, ocreuse ; elle s'arrête au pourtour du fongus sans se confondre avec lui. Au toucher la tumeur est dure, de consistance homogène ; les bourgeons charnus présentent eux-mêmes une certaine résistance et ne sont pas saignants au moindre contact. Par sa base, la tumeur se confond avec le testicule, qui est plus volumineux qu'à l'état normal et induré dans la plus grande partie de son étendue. En arrière et en haut sa consistance est moins ferme ; sensation obscure de fluctuation. On ne sent plus l'épididyme qui semble confondu avec la masse morbide. La tumeur est presque indolente, mais la pression détermine la douleur énervante qui accompagne la compression du testicule. Les ganglions inguinaux du côté droit sont indurés et légèrement augmentés de volume ; l'un d'eux a le volume d'une aveline.

14 *juillet.* Castration. — Sur une coupe, nous trouvons que la portion fongueuse de la tumeur occupe l'albuginée et la surface du testicule et que la plus grande partie de cet organe est respectée.

La vaginale épaissie contient 20 grammes d'un liquide lactescent légèrement trouble. La trame de la substance du testicule est

comme infiltrée de lymphe plastique, grisâtre jusqu'à la base du fongus avec lequel elle se confond. En ce point comme dans l'épaisseur du fongus, on ne distingue plus de tissu semblable à celui de la substance séminifère. C'est un tissu d'aspect celluleux, vasculaire, entre les fibres duquel on voit des dépôts diffus d'un blanc légèrement jaunâtre qui ressemblent plus aux exsudats de l'inflammation chronique qu'à des dépôts tuberculeux.

L'albuginée est épaissie sur toute son étendue. En certains points elle a plus d'un centimètre d'épaisseur; il semble qu'elle soit infiltrée elle-même de lymphe plastique et doublée de feuillets fibreux peu distincts. A sa base elle se continue avec la substance testiculaire. A la base du fongus, bien qu'elle forme une espèce de sillon, elle se confond avec lui, sans qu'il soit possible de bien l'en isoler par dissection. L'opération terminée, les deux tiers supérieurs des lèvres de la plaie sont réunis par cinq points de suture métallique le tiers inférieur étant laissé libre pour l'introduction d'une mèche de charpie alcoolisée. Sept pinces hémostatiques laissées dans la plaie; 5 sont enlevées dans l'après-midi; une hémorrhagie assez abondante se produit. On est obligé de détacher les sutures afin de pincer les vaisseaux saignants; on réapplique trois pinces et la plaie est laissée béante, pansement alcoolisé.

15. — T = 97°, 8. P = 96. Malgré la perte du sang de la veille, le malade se trouve assez bien. Bouillons et potages.

16. — On enlève les pinces à l'exception de deux qui sont laissées sur les vaisseaux du cordon. T. et P. normaux.

17. — On enlève les dernières pinces; pas d'hémorragie. Etat général satisfaisant. Suppuration modérée, mais fétide, le pus est gris, noirâtre, granuleux, fluide.

18. — Même état; apparition de bourgeons charnus rosés, de bonne nature, la suppuration diminue.

22. — La plaie a diminué d'étendue; cicatrisation en bonne voie.

3 *août*. — Cicatrisation complète. Le malade sort guéri.

Obs. CCCLXXIX. — *Sarcome du testicule. Castration. Phlegmon des bourses. Mort.* — Parjoie (E.), quarante ans, cocher, entre le 26 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 8.

Alcoolique. Forte constitution. Ni scrofule ni syphilis. Une blennorrhagie en 1867. Aucun signe de tuberculose.

Il y a cinq ans, il remarqua, par hasard, que le testicule gauche était un peu plus volumineux que le droit et induré en totalité. Comme il ne ressentait ni gêne ni douleur, il ne s'en préoccupa pas autrement. Depuis cette époque, la tumeur s'est développée lentement d'une façon progressive, sans réagir sur l'état général et en conservant son indolence.

26 *janvier*. — La bourse gauche est déformée par une tumeur

d'un volume triple de celui du testicule normal, elle est arrondie, régulièrement ovoïde, à grosse extrémité tournée en bas. La peau qui la recouvre est distendue, mais a conservé ses caractères normaux; pas de veines dilatées superficielles. Au toucher, la tumeur, mobile sous la peau, est uniformément dure, non fluctuante, de consistance homogène, fibroïde. Aucune transparence à la lumière. La surface est lisse et ne présente ni bosselures ni dépressions. Pas d'hydrocèle symptomatique. La pression ne détermine ni douleurs, ni cette sensibilité spéciale qui rappelle celle du testicule. Rien dans les ganglions.

Il est impossible de savoir si la masse morbide a pris naissance dans l'épididyme plutôt que dans le testicule, dont on ne retrouve rien qui permette de le distinguer. L'absence de fluctuation, la consistance de la tumeur font écarter immédiatement l'idée d'un épanchement séreux ou sanguin, enkysté dans des tuniques vaginales ou dans l'épaisseur de la glande. Les antécédents du malade, l'examen actuel des différents organes, ne révèlent aucun signe de syphilis ou de tuberculose. D'ailleurs, nous ne retrouvons ici, ni ces dépôts plastiques qui se développent sur la portion de la tunique albuginée qui recouvre le testicule et l'épididyme dans le sarcocèle syphilitique; ni les points ramollis, les mamelons et les cordons fistuleux qui accompagnent les tubercules déjà anciens. Au contraire, la forme régulière de la tumeur, sa consistance fibroïde homogène, sa surface lisse, la rapidité de sa marche, l'impossibilité de découvrir un sillon qui sépare franchement le testicule de l'épididyme nous permettent d'affirmer qu'il s'agit de cette variété d'encéphaloïde, qui, née dans l'épaisseur du testicule ou de l'épididyme, étale, en se développant, le parenchyme de la glande à sa surface.

27 *janvier*. — Chloroforme. Castration ; aussitôt après l'incision des téguments la tumeur fait hernie au dehors. Avec l'extrémité des doigts, nous isolons alors le cordon au-dessus de la tumeur, puis nous saisissons les vaisseaux par deux pinces hémostatiques, et nous sectionnons le pédicule.

L'opération terminée, la partie supérieure de la plaie est suturée et un drain placé à la partie inférieure. Vingt-quatre heures après, les deux pinces hémostatiques sont enlevées; pas d'hémorrhagie. A la coupe la substance testiculaire, régulièrement étalée à la surface de la production morbide, qui est vasculaire par place, infiltrée d'éléments en voie de transformation graisseuse en d'autres points, présente sur la plus grande partie de son étendue, une surface lisse, peu élastique, constituée par un tissu à peine cloisonné, de couleur gris rosé. Sur quelques points on voit des îlots jaunâtres et rougeâtres, annonçant qu'il s'est fait de petites hémorrhagies interstitielles. Pendant quarante-huit heures, pas d'accidents à noter ; après ce temps

nous vîmes le scrotum et la verge se tuméfier, de même que les ganglions inguinaux de chaque côté. Les réseaux lymphatiques de ces régions étaient visiblement enflammés. Nous fûmes inquiet de cette manifestation, non pas à cause de l'étendue du mal qui n'était pas très grande, mais à cause de petites taches gangréneuses, qui apparaissaient sur les téguments du scrotum du côté opposé et de la verge. Les couches sous-cutanées étaient tuméfiées, douloureuses, et l'état fébrile, l'abattement étaient disproportionnés avec l'étendue du mal. Ce qui augmentait notre inquiétude, c'est que trois jours avant, dans le même lit, un malade opéré d'un paraphimosis datant de dix jours, était mort d'érysipèle gangréneux. Notre second malade, il est vrai, était plus robuste que le premier, mais il était alcoolique. Il était à craindre, malgré les incisions que nous fîmes immédiatement sur la verge et le scrotum pour donner issue aux liquides septiques que l'angioleucite s'étendît plus loin. Nos craintes furent confirmées, le pouls atteignit 120 pulsations et la température 39°, 8; mais de plus, un phénomène que nous n'avions jamais eu l'occasion d'observer, se produisit. Le sixième jour, non seulement l'angioleucite revêtit plus franchement la forme érysipélateuse, mais les capillaires du côté droit se prirent sur toute la face antéro-interne de la cuisse. Les lymphatiques sous-cutanés s'enflammèrent de proche en proche, en suivant une direction descendante vers le genou. Tout le réseau capillaire superficiel sous-jacent s'enflamma, le sang dans ces vaisseaux se coagula ; il semblait que sa partie colorante transsudât autour des tuniques de ces vaisseaux, comme cela se passe, sur le cadavre, par suite de la putréfaction. De telle sorte que la cuisse, à ce niveau, formait un tableau des plus insolites, caractérisé par les taches sous-cutanées érysipélateuses, disséminées et siégeant plutôt dans le réseau lymphatique que dans le réseau sanguin de la peau. Tous les vaisseaux lymphatiques formaient des cordons rougeâtres, descendant vers le genou, aussi apparents que dans la lymphangite aiguë, et tranchant par leur couleur sur le réseau veineux sous-cutané qui était lui-même le siège d'une inflammation à marche descendante. Toutes ces veines avaient une teinte noirâtre plus prononcée que dans la phlébite suraiguë.

Sous l'influence des incisions du scrotum et de la verge, les téguments avaient perdu leur distension. Les parties profondément sphacélées s'éliminèrent, l'aspect local de ce côté devint meilleur ; mais les deux régions inguinales continuèrent à rester couvertes par l'angioleucite phlycténulaire, qui, partant du scrotum, s'étendait de chaque côté, en forme d'éventail, sur une étendue de la largeur de la main. En même temps, les téguments dorsaux des deux mains, des doigts et des poignets, se tuméfièrent et devinrent le point de départ

de taches angioleucitiques et érysipélateuses, semblables à celles des régions inguino-scrotales. Il n'y avait de ce côté aucune écorchure qui pût faire supposer une inflammation par contagion. Les mains étaient tuméfiées comme s'il y avait menace de phlegmon, mais, en y regardant de plus près, nous pûmes constater, que le siège de la phlegmasie était, comme à la cuisse, les réseaux lymphatiques et veineux. Les troncs lymphatiques du dos de la main envahis étaient rouges, enflammés, et l'inflammation se continuait dans les lymphatiques sous-cutanés jusqu'à l'aisselle. Plus profondément le réseau sanguin sous-cutané était atteint de phlébite se propageant le long de la région dorsale du poignet, de l'avant-bras et du bras, jusqu'à l'aisselle. La fièvre avait revêtu le caractère typhique. Angoisse, fuliginosités des narines et des lèvres. Le malade étant robuste, douze sangsues furent appliquées sur la face dorsale de chaque main. Sulfate de quinine. Aconit. Extrait de quinquina. Alcool à doses de plus en plus fortes. Le lendemain, l'émission sanguine avait amené un peu de détente locale et générale. Les jours suivants la maladie parut enrayée du côté des membres supérieurs ; il n'en fut pas de même du côté du membre inférieur droit, ou l'angioleucite et la phlébite descendirent jusqu'au cou-de-pied. Délire. On transporte le malade au châlet (salle d'isolement). Mort, le lendemain.

Obs. CCCLXXX. — *Cancer encéphaloïde du testicule droit. Castration. Mort.* — Masson (Jules), vingt-huit ans, maçon, entre le 5 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 32. Pas d'hérédité. Aucun antécédent vénérien ou tuberculeux. Pas de maladies graves antérieures. En juin 1876, il fit une chute sur le scrotum dans laquelle le testicule droit fut contus. Pas d'accidents immédiats; huit jours après il remarque que la partie droite du scrotum augmentait de volume. La tumeur s'est développée lentement et progressivement sans déterminer de véritables douleurs, mais en provoquant par son volume de la gêne pendant la marche, et, par son poids, des tiraillements du côté du cordon. Depuis deux mois l'affection a changé de caractère ; le volume de la tumeur a pris rapidement des proportions plus considérables, des douleurs sont apparues, vives, lancinantes, spontanées et intermittentes, s'exagérant par la pression. Le malade effrayé vient alors réclamer nos soins.

5 *novembre*. — La partie droite du scrotum est déformée par une tumeur ovoïde à grosse extrémité inférieure du volume d'un œuf d'autruche. La peau ne présente ni bosselures ni ulcérations, elle est lisse, amincie, tendue, de couleur rougeâtre ; elle offre dans son épaisseur un grand nombre de veines dilatées et de fins capillaires arborisés de nouvelle formation, mais ne semble pas adhérer aux tissus sous-jacents. Au toucher, la tumeur n'est pas homogène, elle est molle et fluctuante, dure, solide et comme charnue en arrière,

de consistance encéphaloïde. Elle est demi-solide, demi-liquide, mais il n'existe pas de kystes distincts ; il semble que le liquide soit accumulé en certains points dans des lacunes limitées par la trame du tissu morbide. Pas de bosselures à la surface. Supérieurement la tumeur se continue avec les éléments du cordon qu'elle englobe en partie dans son épaisseur; par sa périphérie elle ne contracte pas d'adhérences avec la peau. Le testicule et l'épididyme sont confondus avec la masse morbide. Rien dans les ganglions des diverses régions. Les organes thoraciques et abdominaux ne présentent rien de particulier. Néanmoins l'état général est loin d'être satisfaisant. Depuis quelques temps le malade a maigri et perdu ses forces; l'appétit a diminué.

11 *novembre*. — Chloroforme. — Castration. Énucléation de la tumeur. Section du pédicule au-dessous des mors de nos pinces. Quatre pinces hémostatiques sont laissées dans la plaie pendant vingt-quatre heures. L'opération terminée, nous réunissons les deux tiers supérieurs de la plaie à l'aide de six fils métalliques et nous ménageons à la partie déclive, une ouverture qui facilite l'écoulement des liquides et l'introduction d'une mèche de charpie alcoolisée et munie d'un tube à drainage. Sur une coupe, la tumeur présente de larges alvéoles renfermant une pulpe molle infiltrée de liquide. Sa consistance rappelle, par place, celle du tissu cérébral, elle est plus fluide et même tout à fait liquide en certains points. La coloration générale est rougeâtre, mais on trouve çà et là des noyaux grisâtres parsemés de points rouges plus foncés. Cet aspect est celui des tumeurs auxquelles les anciens donnaient le nom de cancer encéphaloïde à forme hématique, avec cette particularité que les caillots infiltrés dans le parenchyme, au lieu de conserver la teinte du sang frais, présentent la teinte jaunâtre, ocreuse, des vieux caillots sanguins qui ont longtemps séjourné dans les tissus.

12. — TM = 37°, 6. — P = 39°. — Pas d'appétit. Le malade est agité, inquiet. Pansement alcoolisé.

13. — Mauvaise nuit. Rêvasseries, sueurs nocturnes. Rougeurs et traînées de lymphangite à la racine de la cuisse droite. La partie inférieure du lombeau présente des teintes de sphacèle. T = 37°, 6. P = 100. TS = 38°, 8.

14. — Même état. T M = 37°, 4 P = 92. T S = 38°, 6.

15. — Sillon éliminatoire autour d'une escharre de 3 centimètres. T M = 37°, 6. P = 92. TS = 39°. Le quatrième jour, on enlève les fils que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées, suppuration modérée. Les bords de la plaie sont réunis dans leur tiers supérieur. L'escharre tombe le huitième jour; des bourgeons charnus de bonne nature se développent vers la partie inférieure de la plaie; mais la suppuration devient plus abondante et

semble provenir principalement du cordon. A ce niveau, existe une tuméfaction mollasse du volume d'une grosse noix. Lavages alcoolisés. Les traînées de lymphangite ont disparu sous l'influence de compresses imbibées d'eau de sureau. A partir du douzième jour, la cicatrisation marche plus rapidement, mais l'état général, au lieu de s'améliorer, devient plus mauvais. L'appétit diminue de plus en plus. Le malade maigrissait à vue d'œil. Chaque soir, état fébrile très marqué rappelant les accès de fièvre intermittente. Bientôt on put constater dans la région du foie l'existence d'une tumeur diffuse de consistance molle, très adhérente aux parties profondes; dont le volume augmentait de jour en jour en s'étendant du côté de l'ombilic. Il s'agissait évidemment d'une tumeur de même nature que celle du scrotum, évoluant avec une marche galopante. Tout d'un coup le malade fut pris de symptômes d'étranglement interne (vomissements bilieux et fécaloïdes, petitesse du pouls, refroidissement des extrémités) qui l'enlevèrent en vingt-quatre heures.

31. — *Autopsie.* — Cicatrisation du scrotum à peu près complète ; dans le trajet inguinal il s'est déjà reproduit une tumeur du volume d'une châtaigne, à parois d'aspect fibreux, à contenu hématique, comme si du sang était enkysté dans une petite poche. Sur le trajet des vaisseaux spermatiques, le tissu cellulaire est ecchymosé, infiltré de petits grains hématiques suspects.

Mais la tumeur réellement importante est celle qui s'est développée depuis quelques jours dans la cavité abdominale, au-dessous du foie, autour du duodenum, en avant de la tête du pancréas, au devant du rein droit, au-dessus du côlon transverse qu'elle refoule plus bas que l'ombilic. Les adhérences qu'elle a contractées avec le rein, le duodenum, le foie et le pancréas sont tellement intimes, qu'il est très difficile de les en séparer par dissection. Le duodenum en particulier est comprimé par la tumeur, au point que sa lumière est presque oblitérée, fait qui rend compte des symptômes d'étranglement observés pendant la vie. Bien que récente, cette tumeur est volumineuse, à surface convexe, unie. Elle mesure 10 centimètres de diamètre. Le péritoine qui recouvre sa face antérieure laisse voir par transparence du sang frais.

Obs. CCCLXXXI. — *Cancer hématode du testicule. Castration. Guérison.* — Warré (François), cinquante-trois ans, typographe, entre le 24 juin 1878, salle Sainte-Marthe, 25.

Pas d'hérédité. Bonne santé dans l'enfance. Pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux. Une blennorrhagie à vingt-quatre ans, pas de chancre, pas d'accidents syphilitiques. En 1872, varicocèle gauche et varicosités du scrotum avec douleurs externes l'empêchant de se tenir debout. L'usage d'un suspensoir fit disparaître les douleurs,

mais en 1876, elles reparaissent plus vives que la première fois, empêchent le malade de dormir et l'obligent à cesser tout travail. Il remarque alors que le testicule gauche est plus volumineux que le droit. Cette augmentation de volume, d'abord peu marquée, s'exagère rapidement. En même temps la moitié gauche du scrotum devient rouge, luisante, et laisse voir par transparence de grosses veines bleuâtres dilatées. Les douleurs persistent, le malade maigrit et perd ses forces. En janvier dernier, il entre à l'hôpital du Midi où l'on porte le diagnostic « orchite tuberculeuse » et où l'on institue un traitement en rapport avec le diagnostic. Pendant les deux mois que le malade séjourne à l'hôpital, la tumeur fait de nouveaux progrès. La continuation du traitement en ville n'entravant nullement le développement de la tumeur, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

24 *juin*. — La moitié gauche du scrotum est distendue par une tumeur ovoïde à grosse extrémité inférieure, du volume d'un œuf de dinde. A la vue, sa surface paraît lisse et unie, la peau est mince, tendue, luisante, d'une coloration rose vineux, uniforme. Elle laisse voir par transparence quelques veines bleuâtres dilatées qui rampent sous sa face profonde. Au toucher les tuniques superficielles du scrotum glissent facilement à la surface de la tumeur. Celle-ci est recouverte, par une couche de liquide vaginal qui n'a pas partout la même épaisseur, ce qui s'explique par la forme de la tumeur sous-jacente. Celle-ci se compose de deux lobes, l'un supérieur, l'autre inférieur, séparé du précédent par un sillon. Ils ont le même volume, mais sont de consistance inégale. La moitié inférieure est dure, lardacée, de consistance sarcomateuse, elle semble divisée elle-même en deux portions séparées par un sillon transversal peu profond. Le lobe supérieur est rendu distinct de l'inférieur par une dépression transversale de un demi centimètre de profondeur, plus nette en avant qu'en arrière. Ce lobe supérieur est plus arrondi que le précédent, sa consistance rappelle celle de l'encéphaloïde ou du sarcome embryoplastique ramolli. Au premier abord, la masse inférieure de la tumeur rappelle assez bien la forme d'un testicule auquel le lobe supérieur serait surajouté. Nous croyons qu'il est facile de démontrer la présence de la glande au palper, mais, pas plus dans ce point que sur les autres, la pression ne révèle la sensibilité spéciale au testicule. Il est également impossible de distinguer le testicule de l'épididyme, mais on sent le cordon au-dessus de la tumeur jusqu'à l'anneau dans une longueur de 2 centimètres. Il est sain, rien dans les ganglions inguinaux, rien non plus d'appréciable dans les ganglions et les viscères de l'abdomen. La tumeur est le siège de douleurs spontanées, vives, lancinantes, exagérées par la pression et irradiées à la partie supérieure de la cuisse et à la région lombaire. Par son poids, elle provoque une sensation de tiraillement très pénible. L'état général est profondé-

ment altéré. Émaciation notable, perte des forces, diminution de l'appétit, sommeil troublé par la douleur, facies pâle, anémique, mais ne présentant pas la teinte jaune-paille, pas d'œdème des membres inférieurs. Rien de particulier du côté du cœur et des poumons, constipation habituelle.

29 *juin* 1878. — Chloroforme. Castration d'après la méthode habituelle. L'incision des parties molles jusqu'au testicule n'ouvre pas de vaisseaux qui méritent d'être pincés. Grâce à l'application de deux pinces sur le cordon, nous pouvons sectionner la tumeur immédiatement au-dessous sans que le malade perde une goutte de sang. En même temps que nous faisons notre incision, nous ouvrons la tunique vaginale qui contient 20 grammes de liquide d'hydrocèle; en même temps nous voyons par transparence dans l'épaisseur de l'albuginée, réseau très riche et très flexueux, de grosses veines dilatées. Énucléation et ablation de la tumeur. Nous plaçons dans le fond de la plaie une longue mèche de charpie munie d'un tube à drainage et nous suturons ensuite les 2/3 supérieurs des bords de l'incision, en ménageant une ouverture au 1/3 inférieur. Pansement alcoolisé phéniqué. *Coupe de la pièce :* on voit que la tumeur est composée, outre le feuillet vaginal étalé à sa surface, d'une membrane propre d'aspect fibreux, qui rappelle l'albuginée distendue et amincie. De la face profonde de cette membrane, partent de petits tractus celluleux qui se confondent avec la masse de la tumeur. On ne distingue rien qui rappelle la substance propre du testicule ou de l'épididyme. C'est un tissu en tout point semblable à celui du cancer hématode, c'est-à-dire que les deux lobes distincts que nous avions reconnus avant l'opération sont formés d'un tissu jaunâtre au milieu duquel se seraient formés ces noyaux hémorrhagiques. Il résulte du mélange de sang à cette substance solide que l'aspect n'est pas le même sur tous les points de son étendue, mais qu'il varie du jaune au rouge foncé. *Diagnostic histologique.* — Cancer hématode. Sur une pièce microscopique, on voit les cellules épithéliales régulièrement entourées de tissu conjonctif dense, les aréoles sont très larges et très régulières.

30. — Pas de réaction fébrile, on enlève les pinces, pas d'hémorrhagie. Les fils furent enlevés les quatrième et cinquième jours. La cicatrisation s'effectua progressivement et régulièrement de la profondeur de la plaie vers la superficie. Le tube à drainage fut enlevé le 12 juillet.

22 *juillet.* — Cicatrisation complète. Sortie du malade. État général satisfaisant.

CHAPITRE IX

ORGANES GÉNITO-URINAIRES. SEXE FÉMININ

Les trois paragraphes de ce chapitre comprennent vingt-cinq observations :

Signalons dans le premier celle qui porte le n° CCCLXXXII ; elle renferme l'histoire d'une tumeur maligne primitive de l'ovaire qui amena la mort au bout de sept mois.

Nous trouvons dans le paragraphe suivant une observation de prolapsus utérin avec conicité du col (obs. CCCLXXXV). Cette conicité est une maladie congénitale qui détermine la stérilité et cause souvent des accidents hystériformes douloureux. Elle s'accompagne d'une étroitesse des orifices et de la cavité du col, surtout de l'orifice inférieur du museau de tanche, qui apparaît sous la forme d'un orifice très étroit et arrondi. Il n'est pas rare que le corps de l'utérus soit en même temps atrophié pendant toute la durée de la vie de la malade. Pour remédier à cet état, il ne suffit pas de pratiquer la dilatation avec des tiges de laminaire canaliculées, mode de traitement douloureux et seulement temporaire. Il ne peut d'ailleurs modifier la forme du col. La résection transversale avec le bistouri, les ciseaux, les emporte-pièces, la ligature galvanocaustique sont favorables, mais exposent inutilement à l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux. La résection par évidement conoïde après débridement bilatéral du col, permet toujours de respecter les culs-de-sac, d'obtenir l'agrandissement, aussi bien que la conformation qui se rapproche le plus de l'état normal ; il faut, bien entendu, traiter en même temps

MANCHESTER MEDICAL

l'état général. Grâce à ces précautions on arrive toujours à rétablir la santé et fréquemment à faire disparaître la stérilité. Dans le cas particulier qui nous occupe, le prolapsus était direct, et il suffit d'un releveur en aluminium, en forme d'anneau allongé dans le sens vertical, prenant à la fois son point d'appui dans le cul-de-sac postérieur et sur le pubis, pour faire disparaître les accidents.

Dans l'observation XCDI, une malade ayant depuis vingt-trois ans de l'aménorrhée avait vu apparaître depuis deux mois des pertes profuses et prolongées. Au moment de son entrée, elle était profondément amaigrie et cachectique. Ces accidents, qui firent momentanément redouter une production de mauvaise nature, tenaient au sphacèle d'un polype du col utérin.

L'histoire du corps fibreux renfermée dans l'observation XCDVII est remarquable :

1° Parce qu'elle montre le grand volume que les myomes peuvent atteindre au moment où ils envoient des prolongements du côté de l'utérus et du vagin.

2° Par la difficulté de savoir si la tumeur vaginale est unique, s'il n'y en a pas d'autres dans l'épaisseur du corps de l'utérus. Il est inutile de s'en assurer par l'introduction de la main; cette manœuvre est toujours dangereuse, même quand on emploie le chloroforme.

3° Par les troubles considérables que ces tumeurs impriment à l'organisme.

4° Par la facilité et la rapidité avec laquelle la santé se rétablit après leur chute. Il est possible d'empêcher, par des toniques et le seigle ergoté, la fièvre hectique et la septicémie pendant les cinq ou sept jours qui précèdent la chute de la ligature. On prévient la péritonite par l'application de sachets de glace sur le ventre.

Chez la malade de l'obs. XCDIX, il y avait une hypertrophie des grandes et des petites lèvres. Elle était tellement marquée que ces organes étaient transformés en véritables tumeurs vasculaires, douloureuses et gênant la marche. Nous dûmes, au moment de procéder à leur ablation, prendre des

précautions soigneuses pour l'hémostasie; nous fîmes la compression préventive avec le forcipresseur de Chéron et la section des tissus par le thermo-cautère; le forcipresseur est constitué par deux petites plaques de bois ou d'ivoire qui sont rapprochées l'une de l'autre par deux pinces hémostatiques. Chaque pince agit à l'une des extrémités de ces deux petites plaques de bois et, pour que ces dernières ne glissent pas, elles sont elles-mêmes traversées par des tiges comparables à deux clous sans tête ni pointe, qui passent également dans des trous ménagés sur chaque mors des pinces. Ces pinces sont assez fortes, assez grandes, assez élastiques, pour permettre de saisir, en même temps que les plaques, la tumeur, dans le sens transversal.

D'ailleurs, la pression des pinces agit peu à peu de façon que les tissus saisis par les plaques se laissent comprimer et comme amincir en empêchant l'abord du sang dans les parties qu'il s'agit de retrancher. Elles ont en outre cet avantage, qu'elles produisent l'hémostasie et même une véritable anesthésie dans les tissus.

Deux évidements conoïdes du col utérin ont été pratiqués, l'un pour remédier à sa conicité chez une femme qui avait un prolapsus de la matrice, l'autre pour un allongement hypertrophique du col.

Dans cette opération il faut: 1° donner la préférence aux procédés qui exposent le moins à ouvrir les culs-de-sac péritonéaux et qui mettent le mieux à l'abri des hémorrhagies; 2° ne pas laisser s'opérer l'oblitération cicatricielle du col.

C'e t pour cela que nous avons posé en principe qu'il ne faut jamais faire la suture transversale du col au voisinage des culs-de-sac supérieurs du vagin, d'autant plus que d'ordinaire ceux-ci descendent très bas sur le pourtour du col hypertrophié qui les entraîne dans son abaissement. La suture transversale doit être remplacée par l'évidement du col pratiqué à une certaine hauteur, de telle façon que la figure de la plaie résultant de la perte de substance rappelle celle d'un entonnoir à base inférieure et dont le sommet se rapproche de l'orifice cervical supérieur normal.

Pour éviter de blesser le péritoine, nous disséquons en quelque sorte le vagin à la surface du col de l'utérus de manière à le conserver. Une fois l'évidement terminé, la paroi vaginale forme une sorte de manchette doublée d'une épaisseur de col qui augmente à mesure qu'on se rapproche de la cavité utérine.

Pour éviter l'hémorrhagie et le rétrécissement cicatriciel, il faut laisser en place, pendant un temps qui varie de quelques minutes à quelques heures, de longues pinces hémostatiques de forme spéciale. Pour ceux qui craindraient néanmoins le rétrécissement, nous avons exposé la manière de suturer la lèvre inférieure ou vaginale avec la lèvre supérieure ou utérine de la perte de substance, de telle façon que la manchette dont nous avons parlé se trouve retournée en s'adossant à elle-même et suturée de manière à ce que la nouvelle entrée du col soit plutôt élargie que diminuée.

Les deux évidements faits d'après ces principes furent suivis d'un succès complet.

Neuf opérations ont été dirigées contre des tumeurs utérines plus ou moins accessibles à la main de l'opérateur. Ce sont:

Cinq arrachements, deux avec la pince de Museux et un avec le doigt (polype sphacélé); deux par torsion après pincement préalable du pédicule (pincement hémostatique); trois par ligature du pédicule, et un par cautérisation au fer rouge de sa portion saillante.

La formation d'un vagin artificiel par suite d'oblitération cicatricielle consécutive à une cautérisation peu judicieuse, fut suivie de mort par péritonite.

Deux fois nous dûmes enlever par le thermo-cautère les grandes et les petites lèvres hypertrophiées ; une de ces opérations fut suivie de mort par pyémie ; un épithélioma volumineux de la vulve et du vagin fut enlevé sans difficulté par le thermo-cautère; la malade guérit très vite après l'opération.

Les trois fistules vésico-vaginales étaient toutes compliquées, dans un cas surtout; il y avait une oblitération partielle du vagin par des brides cicatricielles, et il était presque impossible de voir l'orifice de la fistule.

L'opération était rendue particulièrement difficile par la largeur de la perte de substance, non moins que par la présence du rétrécissement et des brides cicatricielles. Ce cas pouvait être rapproché de celui d'une autre malade, que nous avions un peu auparavant dans nos salles et dont nous avons publié l'observation (*Clin. de* 1876, p. 596-97, obs. CCCLXVI). Les brides empêchaient de se rendre un compte exact des limites de l'ouverture fistuleuse, d'introduire le spéculum pour pratiquer l'avivement et passer les fils. Même en supposant qu'on eût pu aviver et passer les fils, ces brides auraient empêché le rapprochement et l'affrontement des bords. Il s'agissait donc, ou bien d'en faire la section méthodique, avant d'aborder la fistule elle même, ou bien de dilater progressivement le tissu cicatriciel. Notre ami, M. Marion Sims, nous ayant fait à cette époque l'honneur de visiter notre service, nous le priâmes de nous donner son avis sur ces deux points. Il fut partisan de la dilatation progressive, au moyen de cylindres de verre de plus en plus volumineux; il pensait qu'il était impossible de trouver de complications plus difficiles à surmonter que celles qui existaient chez ces deux malades. M. Bozemann voulut bien également les examiner; il affirma que la guérison ne pouvait avoir lieu, si on ne faisait pas au préalable la dilatation progressive, au moyen d'une série de boules d'aluminium qu'il avait, disait-il, inventées pour ces sortes de cas. Cette dernière opinion nous parut trop exclusive. D'ailleurs, la malade dont nous avons publié l'observation, refusa de se soumettre régulièrement à ce mode de traitement. Nous avons vu qu'à l'aide d'incisions sur les brides et de dissection de la paroi antérieure du col, nous avions pu souder cette dernière aux bords de la fistule et obtenir en quelques jours une réunion immédiate chez la première malade. Celle qui nous occupe actuellement était plus patiente, et voulut bien se soumettre à la dilatation. Nous voulûmes d'abord la faire avec les doigts, comme cela nous avait réussi quelquefois, mais les brides étaient trop dures, trop épaisses; nous n'obtînmes rien de durable. Nous nous servîmes ensuite d'un dilatateur annulaire du vagin à valves

superposées, qu'on introduit fermé. Mais comme, pour faire la dilatation, il fallait franchir le rétrécissement, le contact de l'instrument et de la muqueuse vésicale était tellement douloureux, que la malade devint de jour en jour plus impressionnable et que ses forces diminuèrent. Il en résulta qu'elle ne consentit à se soumettre qu'à un nombre de séances très restreint, et comme sa santé était déjà mauvaise, comme l'incontinence d'urine la rendait très souffrante, elle eût succombé avant que nous eussions obtenu des résultats appréciables. Aussi préféra-t-elle sortir de nos salles, retourner chez elle prendre des forces et nous promettre de revenir à la condition que nous l'opérerions. Pendant plusieurs mois qu'elle resta chez elle, le tissu de cicatrice revint sur lui-même et les résultats que nous avions obtenus par la dilatation furent détruits. La malade nous revient aujourd'hui dans un état analogue à celui où elle se trouvait quand elle nous a quitté. De plus les brides cicatricielles sont friables, et les tentatives de dilatation que nous faisons de nouveau pendant un mois doivent être conduites avec tant de précaution, qu'elles restent pour ainsi dire sans résultats. Cependant la malade se fatigue de cet état, l'écoulement continu de l'urine détermine des excoriations très douloureuses ; aussi malgré les difficultés considérables que présente l'opération, nous décidons-nous à la faire le 28 mars 1877. Voici comment nous procédons :

La malade, chloroformée, est placée sur notre lit d'opération, couchée sur le dos, les genoux écartés. Pour pratiquer l'avivement, nous plaçons, l'une en avant, l'autre en arrière, deux valves qui sont confiées à des aides et servent à rétracter les parois antérieure et postérieure du vagin, en avant du rétrécissement. Lorsque celui-ci est bien visible, nous incisons dans la moitié de son épaisseur le tissu cicatriciel épais qui bride la paroi rectale. La muqueuse de cette portion, explorée par le toucher rectal, nous avait paru conserver encore un peu de souplesse et nous espérions qu'en la respectant, nous obtiendrions, par l'incision de la bride vaginale superposée, assez d'écartement des lèvres de cette incision pour pouvoir introduire un petit spéculum américain ; c'est

ce qui a lieu, tout d'abord. Mais au moment où nous allons aviver le pourtour de la fistule elle-même, dans un mouvement de traction un peu trop énergique sur le spéculum, la muqueuse rectale cède sur un petit point, et nous voyons passer par cette fistule un peu de matières fécales délayées par un lavement, le matin même de l'opération. Ce contretemps désagréable ne ralentit pas la marche de l'opération. Ayant observé depuis nombre d'années que, quand des brides, quelque épaisses qu'elles soient, circonscrivent les bords d'une fistule vésico- ou recto-vaginale, on les enlève largement pour aviver, les surfaces ainsi avivées sont excellentes pour la réunion des bords de la fistule, nous les enlevons à peu près complètement et obliquement sur son pourtour, au niveau des bords antérieurs et latéraux. Aussitôt après nous apercevons assez facilement le col de l'utérus, dont nous avivons largement la lèvre postérieure. Cette lèvre, en effet, forme le bord postérieur de la perte de substance. Nous avivons largement ce bord, parce que le tissu utérin est peu propre à la réunion immédiate. Ceci fait, nous plaçons des fils d'argent, avec le chasse-fils que nous avons fait construire à cet usage par Mathieu, en commençant par la portion gauche de la fistule ; douze fils sont ainsi passés. Nous pouvons alors, malgré la largeur de la perte de substance, en affronter les bords et faire la suture à anses séparées, en nous aidant du petit serre-nœuds de Denonvilliers, sans qu'il y ait trop de tiraillements. Nous comptons, d'ailleurs, sur la largeur de la surface avivée et sur le soin que nous mettons à en rapprocher exactement les bords, pour obtenir la réunion par première intention. Ceci fait, reste à s'occuper de la fistule rectale, dont les lèvres incisées régulièrement ont été, malgré toutes les précautions, tiraillées et décollées par la traction du spéculum. Nous les suturons également. Deux de ces opérations eurent un succès complet ; dans la deuxième il resta après la réunion un petit pertuis que nous tentâmes de combler par la suite. Cette seconde opération fut suivie d'une catastrophe, et malgré toutes nos précautions l'opérée mourut de péritonite.

§ I. — Annexes de l'utérus.

Obs. CCCLXXXII. — *Kyste ovarique avec adhérences. Deux Ponctions. Mort.* — Aubin (Clémentine), cinquante-cinq ans, couturière, entre le 11 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 39. Réglée de quinze à quarante-huit ans, ni enfants ni fausses couches. Mère morte phtisique, père mort hydropique.

Depuis dix mois, la malade a remarqué que son ventre grossissait. Le début de son affection a passé presque inaperçu : pas de douleurs, pas de troubles fonctionnels. Il y a quatre mois, les douleurs ont apparu pour la première fois : pesanteur dans les reins, douleurs lombaires. Depuis un mois et demi, elle a beaucoup maigri. Défaut d'appétit, digestions pénibles, gêne respiratoire, sensation de cuisson dans l'abdomen.

11 *janvier*. — On constate que le ventre est très volumineux, uniformément développé : la peau est lisse, tendue, avec des veinosités. Au niveau de l'ombilic le ventre mesure $1^m,10$ de circonférence. Au palper la tumeur semble présenter quelques bosselures : matité remontant jusqu'à l'appendice xiphoïde et occupant les flancs. Fluctuation difficile à constater. Tumeur fixe très douloureuse à la pression ; l'utérus est très élevé ; malade très amaigrie. Dyspnée considérable. Douleurs vives s'exaspérant par la toux ou les efforts. Manque absolu d'appétit. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire ; la tumeur n'a jamais été ponctionnée. Le 18 janvier une ponction donne 7 litres de liquide purulent. Soulagement ; les jours suivants le liquide se reproduit rapidement, et le 9 février, jour de la sortie de la malade, le ventre était aussi volumineux qu'avant l'opération.

La malade revient le 19 février, sollicitant une nouvelle ponction.

Le 21 on retire 6 litres de liquide un peu moins purulent que la première fois. Les derniers litres sont sanguinolents. Après la ponction, on constate la présence de tumeurs solides dont une, plus volumineuse, en forme de gâteau, occupe l'hypogastre. Deux autres occupent le flanc gauche.

22. Dyspnée excessive. La malade perd ses forces à vue d'œil. Pas de douleurs abdominales.

23. Mort le matin.

Autopsie trente-deux heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, adhérences de la face profonde de la paroi abdominale avec la tumeur ; ces adhérences se détachent facilement. Il y a une certaine quantité de liquide roussâtre dans le péritoine, entre la tumeur et la paroi.

Adhérences de la tumeur avec le mésentère, avec l'intestin grêle et

le cæcum. Après l'avoir énucléée, on voit qu'elle a son point de départ dans l'ovaire droit; elle se compose de quatre lobes; le plus volumineux est celui qui a été ponctionné; les parois sont très épaisses; sur la surface externe on voit une foule de noyaux cancéreux. L'aspect à l'œil nu est celui d'un cancer encéphaloïde. Il ne s'est pas reproduit de liquide dans la poche ponctionnée ; deux des autres poches contiennent de la matière caséeuse et du liquide purulent analogue à ceux qui avaient été retirés de la première ponction. La plus petite, cachée derrière la poche principale, contient simplement du liquide clair et limpide ; la paroi postérieure de la tumeur contient aussi beaucoup de noyaux cancéreux, qui donnent à cette surface un aspect raboteux.

La surface interne de la poche est dépolie ; les noyaux cancéreux font saillie dans l'intérieur ; mais il ne s'est pas produit d'hémorrhagie. L'utérus est normal ; le col est légèrement allongé ; l'orifice est fermé par un bouchon muqueux. L'ovaire du côté gauche est sain et de petit volume. L'ovaire du côté droit est attiré en haut et fait corps avec la tumeur. La trompe est allongée, dilatée à son extrémité (longueur 0,25 centimètres), elle est adhérente à la partie latérale droite de la tumeur; le pavillon est intact; mais au voisinage de ce pavillon, il y a un petit kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon. Le péritoine qui tapisse la paroi abdominale présente quelques noyaux cancéreux disséminés ; de même le cæcum et la partie terminale de l'intestin grêle offrent aussi des noyaux cancéreux à leur surface; ces noyaux n'ont pas atteint toutes les tuniques; la muqueuse du cæcum est saine. Les ganglions mésentériques ont subi la dégénérescence cancéreuse ; ils forment au-devant de l'aorte et de la veine cave un chapelet volumineux. Les reins sont un peu ramollis, congestionnés à leur surface. L'estomac est sain. Le foie et la rate sont ramollis.

Les poumons n'offrent pas de trace de lymphangite. Le cœur est petit et graisseux.

Obs. CCCLXXXIII. — *Kyste ovarique avec tumeurs solides.* — Mme Stroll, cinquante-six ans, couturière, entre le 18 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 38.

Elle a toujours été bien réglée de douze à quarante-huit ans. Deux enfants bien portants. La malade ne présente aucun antécédent pathologique : elle a eu seulement beaucoup de chagrin. Il y a deux ans qu'elle s'est aperçue du développement exagéré de l'abdomen ; surtout du côté droit. Elle a cru remarquer que du côté gauche il existait dès le début plusieurs masses distinctes se déplaçant facilement. Pas de métrorrhagies, pas de douleurs locales, seulement un sentiment de gêne et de pesanteur dans le bas-ventre : elle se fatiguait très facilement; santé générale relativement bonne.

A son entrée dans le service, on constate l'état suivant : ventre volumineux, uniformément développé, mesurant au niveau de l'ombilic 0,99 centimètres de circonférence. L'état général paraît satisfaisant; la malade accuse de la dyspnée et quelques douleurs abdominales qui sont apparues il y a un mois ; névralgies intercostales. Les pieds sont continuellement froids, mais les jambes n'ont jamais été gonflées. Pas de ganglions engorgés ; les organes thoraciques ne présentent rien de particulier. La malade manque d'appétit ; par le palper abdominal il est difficile de se rendre compte de la nature des tumeurs. Fluctuation manifeste ; matité dans toute la région abdominale excepté à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic où il existe un petit espace sonore. Par le toucher vaginal, l'utérus semble un peu relevé, légèrement en antéversion, le col est entraîné du côté gauche.

Ponction le 29 juin, du côté droit de l'abdomen qui paraît le plus franchement fluctuant. On retire 17 litres d'un liquide un peu sanguinolent, couleur chocolat foncé. Après la ponction il est facile de reconnaître à gauche de l'abdomen plusieurs tumeurs solides au nombre de 7 ou 8, variant de volume depuis la grosseur d'un marron à celle d'un œuf de dinde. Ces tumeurs sont arrondies, bosselées, très mobiles et douloureuses à la pression. L'utérus garde les mêmes rapports après qu'avant la ponction. La malade ressent immédiatement un grand soulagement; la respiration devient plus facile. Le pansement est fait avec les précautions usitées en pareil cas : pas de complications. Le liquide se reproduit assez vite pour que quatorze jours après, le 13 juillet, la circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic soit de 0,90 centimètres. La malade quitte le service.

Obs. CCCLXXXIV. — *Phlegmon péri-utérin. Guérison.* — Selleret (Émilie), quarante-trois ans, blanchisseuse, entre le 6 novembre 1876, salle Sainte-Marthe, 42.

Menstruation régulière depuis l'âge de dix-sept ans et demi, pas d'enfants, pas de fausses couches. Pas de maladies antérieures.

Depuis longtemps, quelques douleurs après la disparition des règles qui durent ordinairement de quatre à cinq jours. Il y a trois mois, à la suite d'un refroidissement, une métrorrhagie qui durait depuis trois semaines s'arrêta brusquement. Immédiatement après, douleurs dans l'abdomen, fièvre, frissons le soir. La malade dut garder le lit pendant cinq jours ; puis elle reprit son travail. Depuis cette époque elle n'a pas vu ses règles revenir, mais aux époques menstruelles elle ressent de vives douleurs; depuis huit jours ces symptômes ont augmenté d'intensité.

6 *novembre.* — Vives douleurs avec sensation de picotements et de cuisson dans le bassin, surtout à droite. Sentiment de pesanteur dans la même région. La jambe droite est engourdie et ne peut complè-

tement se fléchir sur le bassin. Dans la fosse iliaque gauche, on sent, au palper, une sorte de gâteau occupant toute la région, tumeur rénitente, pâteuse, très douloureuse à la pression. Le spéculum n'indique rien de précis. Au toucher vaginal, on constate un épaississement avec empâtement du cul-de-sac latéral droit. Les autres culs-de-sac sont libres. L'utérus a son volume normal. Repos absolu, cataplasmes laudanisés.

10 *novembre*. — La malade a eu un petit frisson hier soir ; pas d'appétit, langue un peu blanche. P = 90. T. reste à 38° 5. Même traitement.

Décembre. — Même état avec des alternatives de rémission. Même traitement.

5 *janvier*. — Amélioration sensible. L'empâtement dans la fosse iliaque droite n'est presque plus accessible au palper. La cuisse peut être fléchie entièrement sur le bassin.

20. — La malade peut se lever.

6 *février*. — Elle quitte le service. Les règles ne sont pas apparues pendant son séjour à l'hôpital.

La malade revient à la consultation le 16 février. Les jambes sont légèrement œdématiées ; anémie prononcée ; les deux fosses iliaques paraissent libres. La flexion de la cuisse sur le bassin est encore un peu douloureuse. Pertes blanches. Depuis cinq ou six jours les douleurs sont un peu plus vives, mais c'est l'époque où autrefois les règles apparaissaient.

§ II. — Utérus.

Obs. CCCLXXXV. — *Prolapsus de l'utérus. Col conique. Évidement du Col. Guérison.* — Kempenner (Léontine), dix-sept ans, blanchisseuse, entre le 3 mai 1878, salle Sainte-Marthe, 45.

Fille grande, robuste, bien constituée. Père mort subitement à quarante ans ; mère âgée de trente-six ans, affectée de métrorrhagies abondantes. Deux sœurs bien portantes. Coqueluche dans l'enfance, ophtalmie à neuf ans ; gastralgie de treize à quinze ans. Réglée depuis deux ans ; quelques irrégularités, néanmoins le flux revient tous les mois, dure en moyenne quatre jours, est peu abondant. Le sang est pâle, rarement mélangé à des caillots. Un peu de leucorrhée dans l'intervalle ; nullipare. Constipation habituelle, elle reste quelquefois deux jours sans avoir de selles et se livre à de violents efforts de défécation chaque fois qu'elle va à la garde-robe. Depuis deux ans ces efforts ont déterminé la chute du rectum ; la muqueuse rectale fait hernie entre les bords de l'anus et la malade est obligée de la réduire avec le doigt. D'autre part elle est affectée depuis la même époque d'un prolapsus de l'utérus qui se produit, non seulement pen-

dant les efforts de défécation, mais après les repas, à la suite d'un travail excessif, à la fin de la journée lorsqu'elle est restée longtemps debout, ou lorsqu'elle tarde à satisfaire le besoin d'uriner.

Ce prolapsus s'est accentué progressivement. Tout d'abord le col de l'utérus ne franchissait pas l'orifice inférieur du vagin, puis il fit hernie entre les lèvres de la vulve, et enfin finit par faire au dehors une saillie de 3 centimètres. D'après les renseignements de la malade, il paraît qu'à une certaine époque, il y a eu chute de l'utérus entre les cuisses et renversement de la muqueuse vaginale. Le prolapsus de l'utérus ne donne pas lieu à des douleurs vives, mais provoque une sensation de tiraillement et de pesanteur du côté du petit bassin et une grande gêne pour la marche. Il y a un an, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on applique un pessaire qui maintient l'utérus, mais comme il détermine de la douleur, la malade l'enlève au bout de trois mois, sur les conseils d'une sage-femme. Aussitôt les mêmes accidents se reproduisent.

3 *mai*. — La malade étant couchée dans le décubitus dorsal, les genoux fléchis sur les cuisses, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, on ne remarque rien de particulier du côté des organes génitaux externes et de l'anus, mais, dès que l'on écarte, avec les doigts, les lèvres de la vulve, on aperçoit le col de l'utérus qui fait saillie à l'orifice antérieur du vagin. Il est atrophié, étroit, de forme conique, du volume du pouce. Au sommet du cône, qui répond au museau de tanche, on voit l'orifice inférieur du col qui représente une sorte de petit méat circulaire, non rayonné, du diamètre d'un stylet de trousse. La muqueuse est rosée, un peu congestionnée, mais ne présente ni inflammation ni ulcération. Au toucher vaginal, l'index pénètre jusqu'à l'articulation des deux premières phalanges entre elles, et rencontre alors les culs-de-sac antérieur, postérieur et latéraux, qui sont considérablement abaissés. Le col de l'utérus est très mobile et se porte facilement dans toutes les directions. Par suite du déplacement, il est assez difficile de dire si sa longueur est augmentée ou diminuée. A l'aide de l'hystéromètre, on constate que la profondeur totale du col et de l'utérus est de 8 centimètres et demi. Par le palper hypogastrique combiné avec le toucher vaginal, il est d'abord impossible de sentir l'utérus à la place qu'il occupe normalement, mais en réduisant les organes déplacés, ce que l'on obtient facilement, l'utérus devient appréciable : il est petit et paraît atrophié. Le toucher rectal confirme ces données. Miction fréquente ; constipation ordinaire. Quelques douleurs hypogastriques quand la malade fait des mouvements brusques. La marche est devenue très pénible. Les seins sont bien développés relativement à l'âge de la malade. Rien d'anormal du côté des organes thoraciques et abdominaux. L'appétit est bien conservé. L'état général est assez satisfai-

sant, mais la malade s'affecte de son état. Le caractère est devenu changeant, irritable, elle pleure et rit sans raison; tendance à l'hypochondrie.

12 *mai.* — Chloroforme. La malade étant couchée sur le dos, le bassin élevé, les genoux et les cuisses fléchis et écartés, nous attirons, avec des pinces de Museux, le col au dehors de la vulve. Nous pratiquons alors la résection de l'extrémité inférieure sur une étendue de 1 centimètre et demi, et nous faisons l'évidement conoïde. Trois pinces hémostatiques sont laissées sur les vaisseaux pendant vingt-quatre heures.

13. — Pas de réaction fébrile. Pas de douleurs utérines ou abdominales. On enlève les pinces. Injections avec de l'eau légèrement alcoolisée.

14. — Température normale. La malade a conservé l'appétit et le sommeil comme si elle n'avait pas subi d'opération.

15. — Suppuration modérée. État général et local satisfaisants.

16. — Les deux muqueuses adossées paraissent réunies par première intention, dans la plus grande partie de leur étendue. Écoulement vaginal muco-purulent peu abondant.

20. — L'écoulement a complètement cessé. La cicatrisation est complète.

Pour maintenir le prolapsus de l'utérus, on fait porter à la malade un releveur en aluminium en forme d'anneau.

24. — Elle sort guérie.

Obs. CCCLXXXVI. — *Ulcération de la lèvre postérieure du museau de tanche. Polypes muqueux du col de l'utérus. Arrachement des polypes. Guérison.* — Peeters (Anna), vingt-quatre ans, passementière, entre le 16 février 1878, salle Sainte-Marthe, 43. Pas d'hérédité, ni scrofule ni tuberculose, forte constitution. Réglée régulièrement depuis l'âge de treize ans, règles abondantes, fortement colorées, mélangées souvent à des caillots; durée huit jours. Dans l'intervalle, de temps à autre, flueurs blanches peu abondantes, non colorées. Mariée, ni enfants ni fausse-couche. Depuis cinq ans elle éprouve du côté de l'utérus des élancements sourds, intermittents, exagérés au moment des règles et du coït, en même temps qu'une sensation de tiraillement vers l'ombilic et de pesanteur dans le petit bassin, mais pas de véritables douleurs. Jamais de pertes sanguines dans l'intervalle des règles. Il y a deux mois, inquiétée par la persistance de ces accidents, elle alla trouver un médecin qui reconnut une ulcération siégeant sur la lèvre postérieure du col de l'utérus et la traita par des cautérisations. Dans les derniers temps se développent des végétations polypeuses, et le médecin conseille à la malade d'entrer à l'hôpital.

16 *février.* — Rien de particulier du côté des organes génitaux

externes. Au toucher le vagin a conservé ses dimensions et son intégrité. Le col de l'utérus est volumineux, étalé, comme turgescent. Le museau de tanche est légèrement entr'ouvert, et laisse passer de petits corps polypiformes du volume d'un gros pois à celui d'une noisette. Sur la lèvre postérieure du col on sent des granulations. Au spéculum, la muqueuse vaginale est rouge, congestionnée, mais ne présente aucune trace d'ulcération. Le museau de tanche, outre les caractères précédemment décrits, présente une rougeur intense, presque violacée. Sur le museau de tanche s'écoule un mucus épais, verdâtre, peu abondant, et trois petits polypes glandulaires (œufs de Naboth) font saillie dans le vagin.

La lèvre postérieure est le siège d'une ulcération superficielle, recouverte de granulations folliculaires d'un rouge vif, dont le volume est celui d'un grain de millet. L'hystéromètre démontre que les polypes s'implantent dans la cavité du col, à peu de distance du museau de tanche. La cavité du corps paraît libre. Douleurs sourdes, continues, exagérées par la fatigue, et au moment des règles. Repos. Bains alcalins. Injections d'eau de feuilles de noyer. On touche l'ulcération avec l'acide chromique. Ce traitement ne tarde pas à amener une amélioration notable.

23 *février*. — Pas de chloroforme. Avec de longues pinces ordinaires nous enlevons sans difficulté les polypes muqueux. Pas d'hémorrhagie. La malade sort le 25 décembre 1878. Elle continuera chez elle le traitement.

Obs. CCCLXXXVII. — *Allongement hypertrophique du col de l'utérus. Évidement. Guérison.* — Bravard (Annette), vingt-cinq ans, couturière, entre le 18 décembre 1876, salle Sainte-Marthe, 50. Constitution lymphatique, mauvaise hygiène, surmenage. Réglée à quinze ans ; de quinze à vingt ans menstruation régulière, durée des règles cinq jours : écoulement abondant mélangé de gros caillots. A vingt ans, maladie sur laquelle on ne peut obtenir de renseignements (vomissements bilieux fréquents). Elle garde le lit sept semaines. Depuis lors flux menstruel moins abondant. Mariée à vingt et un ans, un seul enfant bien portant. Après l'accouchement, perte de sang presque continuelle pendant six semaines, suivie de pertes blanches abondantes pendant deux jours. A la suite de ces accidents, le flux menstruel disparut pendant six mois, puis revint régulièrement pendant un an et demi. Depuis un an de nouveaux troubles sont survenus dans la menstruation, en s'accompagnant de symptômes qui s'aggravent de jour en jour : perte des forces, émaciation extrême, sentiment de pesanteur du côté du petit bassin, tiraillements douloureux vers les lombes, l'ombilic et les aines, lassitude des membres. Constipation habituelle. Perte de l'appétit. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit la face inférieure du col de l'utérus et le

museau de tanche. La muqueuse est pâle, exsangue dans la plus grande partie de son étendue, teinte d'inflammation au pourtour de l'orifice vaginal du col qui est entr'ouvert. Le spéculum montre que nous n'avons pas affaire à un simple abaissement disparaissant lorsqu'on introduit l'instrument, mais que le col, bien qu'un peu abaissé, est hypertrophié en longueur (*hypertrophie sous-vaginale très accusée*). Le toucher vaginal confirme cet aperçu et permet de reconnaître que le corps de l'utérus est douloureux, également hypertrophié et en rétro-flexion. Le cathétérisme utérin montre que la cavité de l'utérus est de 9 centimètres et demi, et que cet excès de longueur est dû à l'allongement du col. L'allongement hypertrophique suffit pour produire des troubles analogues à ceux qui existent chez cette malade. Nous pensons donc qu'il y a lieu de diminuer la longueur de l'organe. Plus tard, nous nous occuperons de la rétroflexion.

23 *décembre*. — Chloroforme. Le bassin étant élevé et les cuisses fléchies, nous saisissons le col de l'utérus avec des griffes pour l'attirer au dehors, et nous en pratiquons l'évidement. Nous appliquons ensuite de longues pinces hémostatiques pour arrêter l'hémorrhagie.

24. — Bonne nuit. TM = 37°6. On enlève les pinces et l'on fait des applications de glace pour prévenir l'écoulement sanguin.

25. — Même état, fièvre nulle. Douleurs violentes, intermittentes dans les lombes et vers l'hypogastre. Cataplasmes sur l'abdomen. Injections vaginales avec de l'eau légèrement alcoolisée.

28. — Diminution des douleurs. Écoulement vaginal muco-purulent abondant. Même traitement. Vin de quinquina, sirop d'iodure de fer.

2 *janvier* 1877. — La suppuration est presque tarie. L'état général s'améliore.

6. — La malade sort guérie. Elle continuera chez elle son traitement général. Elle a été revue le 2 juillet 1877. Fourmillement dans le bas-ventre. Un peu de relâchement du col utérin. Douleur dans le flanc droit. Le col a bon aspect.

Obs. CCCLXXXVIII. — *Métrorrhagie. Injections astringentes. Guérison.* — Brunard (Victorine), vingt-deux ans, domestique, entre le 5 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 43.

Jeune femme brune, au teint frais, d'une bonne constitution. Régulièrement réglée chaque mois depuis l'âge de seize ans. Un enfant à terme en 1873. Depuis quatre mois, les règles apparaissent tous les quinze jours, et chaque période dure sept ou huit jours. La semaine dernière l'écoulement sanguin, qui avait duré huit jours et qui était très abondant, s'arrêta brusquement et reparut vingt-quatre heures après, tout aussi abondant. Dans cet intervalle, la malade a éprouvé un malaise inaccoutumé, une certaine faiblesse dans les membres inférieurs, un sentiment de douleur obscur dans le bassin

et dans les lombes, des tiraillements dans les aines, du refroidissement des pieds. Pas de céphalalgie, pas de fièvre.

Pendant la marche l'écoulement devient plus abondant que dans le décubitus dorsal .Par instants, coliques très violentes et après elles redoublement de l'hémorrhagie. Cinq ou six fois par jour, la malade retire les serviettes dont elle se garnit, complètement baignées de sang et de gros caillots.

5 *mars.* — On ne constate rien autre chose à l'examen de l'abdomen qu'un développement anormal de l'utérus et une sensibilité assez grande dans l'hypochondre droit. Tuméfaction du col de l'utérus dont les lèvres sont écartées. En retirant le doigt, on fait sortir trois énormes caillots renfermés dans le conduit vaginal. La malade n'a point éprouvé d'émotions, ne s'est pas fatiguée outre mesure, ne fait d'excès d'aucune nature. Injections astringentes. Repos au lit.

7. — L'écoulement sanguin est moins abondant. La sensibilité dans l'hypochondre droit est moindre. Même traitement.

10. — Les pertes sont diminuées; l'utérus revient à son volume normal. Toujours même traitement.

13. — L'hémorrhagie a complètement cessé.

19. — La malade quitte le service complètement guérie.

Obs. CCCLXXXIX. — *Polypes du col utérin. Ablation. Guérison.* — Bourout (Virginie), 37 ans, cuisinière, entre le 30 juillet 1877, salle Sainte-Marthe, 41. Menstruation régulière depuis l'âge de seize ans. Mariée, sans enfants ; jamais de maladies graves. Depuis un an cette malade a une leucorrhée abondante dans l'intervalle des règles ; le liquide est blanc jaunâtre, filant, sans odeur spéciale. Jamais il n'y a eu de métrorrhagie. Le ventre est ordinairement gonflé, mais il n'a jamais augmenté notablement de volume. Aucune espèce de douleur locale ou irradiée. Mais cet écoulement leucorrhéique continu a déterminé la perte des forces, un peu d'amaigrissement et un état anémique qui effrayent la malade et la déterminent à entrer à l'hôpital.

30 *juillet.* — L'abdomen est légèrement et uniformément ballonné, météorisme léger à la percussion. Aucune trace de tumeur dans la région hypogastrique, à la palpation. L'examen des organes génitaux externes révèle un peu d'érythème vulvaire dû à l'écoulement leucorrhéique. Au toucher, canal vaginal et muqueuse absolument normaux. Le col est légèrement entr'ouvert et laisse passer une production polypiforme, du volume d'une amande, à pédicule extrêmement grêle. Les lèvres du museau de tanche et les culs-de-sac sont sains. L'utérus occupe sa situation normale ainsi qu'on peut s'en convaincre en combinant le toucher vaginal avec le palper hypogastrique. Au spéculum on voit le polype dont la surface est lisse, unie, recouverte de mucosités. Sa coloration est rosée et peu distincte de celle de la muqueuse du col. A l'aide du cathéter utérin

il est facile de constater que le pédicule de la tumeur s'implante sur la paroi intérieure de la cavité du col. Il s'agit en effet de cette variété de polype qu'on a appelée œuf de Naboth.

4 *août.* — Chloroforme. La malade étant couchée sur notre lit d'opération, les genoux écartés, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, nous introduisons dans le vagin un spéculum bivalve, puis à l'aide de longues pinces, nous saisissons le pédicule du polype au voisinage de son implantation et nous en pratiquons l'ablation par voie d'arrachement. Un second polype de même forme et de même dimension occupe la cavité même du col et s'implante par un pédoncule un peu plus court au voisinage du précédent. Nous en pratiquons l'ablation par le même procédé. Pas d'hémorrhagie immédiate ou consécutive. Cette opération n'eut aucune suite fâcheuse pour la malade. Les jours suivants elle garda le repos au lit, et on fit des injections avec de l'eau légèrement alcoolisée. Bientôt l'écoulement leucorrhéique diminua. Il était complètement supprimé quand le malade quitta le service, le 23 août.

Diagnostic histologique. — Adénome. Les proportions montrent des culs-de-sac glandulaires en voie de développement et remplis de mucus. Ces culs-de-sac sont tapissés par des cellules épithéliales cylindriques. Les intervalles sont remplis par du tissu fibreux et des fibres musculaires lisses.

Obs. XCD. — *Myôme du col de l'utérus. Ablation par torsion. Guérison.* — Beauvilliers (Eugénie) quarante-huit ans, ménagère, entre le 10 août 1878, salle Sainte-Marthe, 50.

Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux. Bonne santé dans l'enfance, menstruation régulière de quatorze à quarante-cinq ans, trois grossesses naturelles, enfants bien portants. Il y a six mois, métrorrhagie abondante (les règles n'avaient pas paru depuis trois ans) ; la malade commença à perdre du sang à intervalles irréguliers, leucorrhée dans les intervalles. Depuis trois mois l'écoulement est continu ; depuis la même époque, affaiblissement, perte des forces, sensation de pesanteur et de tiraillement dans le petit bassin, douleurs lombaires, ombilicales et à la racine des cuisses. La malade obligée de cesser son travail, demande à entrer à l'hôpital.

30 *juillet.* — Les organes génitaux externes sont normaux; écoulement d'un sang pâle séreux par le vagin; rien dans ses parois. On sent au niveau du col une tumeur arrondie, hémisphérique, de consistance dure, solide, fibreuse. La partie adhérente masque complètement le museau de tanche et semble se continuer avec les lèvres antérieure et postérieure du col, dont elle n'est séparée que par un sillon superficiel difficile à sentir avec le doigt. Le spéculum montre qu'il s'agit d'un polype utérin, saillant dans le vagin et engagé dans l'orifice du col par un pédicule volumineux. Le cathéter utérin ne

peut être introduit entre la tumeur et les parois de la cavité du col.

Le palper abdominal combiné avec le toucher vaginal enseigne que l'utérus n'est pas plus volumineux qu'à l'état normal, et qu'il a conservé sa direction et ses rapports.

17 *août*. — Chloroforme. Nous saisissons le polype avec des pinces de Museux et nous l'enlevons, par un simple mouvement de torsion. Pas d'hémorrhagie ; sur une coupe, la tumeur est composée d'une trame fibreuse nacrée disposée sous forme de faisceaux ; dans les aréoles circonscrites par cette trame on voit un tissu rosé qui rappelle les fibres musculaires lisses. Le pédicule de la tumeur, volumineux et court, s'implantait dans la cavité même du col au côté postérieur et à gauche de la ligne médiane.

18. — TM = 39° 6. S = 38°. Pas d'hémorrhagie. Injections avec l'eau légèrement alcoolisée.

19. — Température et pouls normaux. Légères douleurs hypogastriques. Application d'un cataplasme laudanisé.

20. — Appétit. Sommeil calme. Plus de douleurs. Aucun écoulement vaginal.

27. — La malade sort guérie.

Obs. XCDI. — *Polype utérin sphacélé. Arrachement avec le doigt.* — Delahaye (Cécile), soixante-six ans, journalière, entre le 25 juillet 1877, salle Sainte-Marthe, 45.

Pas d'hérédité ; bonne santé dans l'enfance, jamais de maladies graves. Menstruation régulière de quatorze à quarante-trois ans. Un enfant bien portant, pas de fausses couches. Il y a six mois la malade commença à éprouver une sensation de pesanteur du côté du petit bassin, avec douleurs sourdes, contusives, irradiées aux lombes, à l'ombilic et à la racine des cuisses. Peu après elle eut une première métrorrhagie qui l'effraya d'autant plus que les règles n'étaient pas venues depuis vingt-trois ans. Depuis, ces métrorrhagies se reproduisirent à intervalles irréguliers ; d'abord peu abondantes et de courte durée, elles devinrent par la suite profuses et prolongées ; depuis deux mois l'écoulement sanguin est continu. L'état général s'est rapidement altéré, la malade a maigri, perdu ses forces, elle vient aujourd'hui à l'hôpital dans un état déplorable.

25 *juillet*. — Ecoulement continu par le vagin d'un liquide sanieux, mélangé de sang, d'odeur extrêmement fétide. Au toucher on sent au niveau du col une tumeur du volume d'une orange, ramollie, friable, dans laquelle pénètre le doigt. Le museau de tanche est aminci, étalé comme au moment de l'accouchement. La lèvre postérieure est libre et saine. La lèvre antérieure est complètement masquée par la production morbide qui semble tout d'abord s'y implanter. Mais à un examen plus attentif on reconnaît que la tumeur s'engage par un pédicule volumineux dans le col utérin et qu'elle

est indépendante des lèvres du museau de tanche. L'accollement entre les parois de la cavité du col et la surface du pédicule de la tumeur est si étroit qu'il est impossible d'introduire même le cathéter utérin entre les deux surfaces. L'examen au spéculum confirme ces données, il démontre en outre que la surface du polype est noirâtre, déchiquetée et d'aspect gangréneux. Le toucher rectal combiné avec le palper hypogastrique permet de reconnaître que le corps de l'utérus a conservé ses dimensions, sa forme et sa direction. Les ganglions des diverses régions sont sains. La malade éprouve des douleurs vives, aiguës, déchirantes, insupportables, exagérées par le toucher vaginal, irradiées aux lombes, à l'hypogastre et à la racine des cuisses. L'état général est inquiétant : maigreur extrême, anémie, teinte verdâtre des téguments, cachexie. Le diagnostic ne saurait être posé qu'entre une tumeur maligne et un polype sphacélé.

29 *juillet.* — Chloroforme. La tumeur est tellement ramollie, que nous essayons de la détacher avec le doigt. Cette tentative est suivie d'un plein succès et amène l'expulsion d'un polype fibreux sphacélé avec son pédicule. Les jours suivants, injections avec l'eau légèrement alcoolisée. Faible écoulement sanguin. L'écoulement sanieux fétide a complètement cessé. Quatre jours après l'ablation du polype, toute espèce d'accident a cessé du côté des organes génitaux; les douleurs ont disparu. La malade mange avec appétit, boit bien et reprend peu à peu ses forces et son embonpoint. Elle sort, le 15 août 1877, complètement guérie et avec un état général très satisfaisant.

Obs. XCDII. — *Polype fibreux de l'utérus. Ablation par ligature du pédicule. Guérison.* — Serre (Angélique), quarante ans, sans profession, entre le 27 juillet 1877, salle Sainte-Marthe. Bonne santé habituelle. Menstruation régulière de seize à trente-huit ans; un enfant bien portant de quatorze ans. Jamais de maladies graves. Depuis deux ans, troubles de la menstruation : les règles tout d'abord venaient à l'époque régulière mais sous forme de métrorrhagies et s'accompagnaient de douleurs lombaires et abdominales. Plus tard, les métrorrhagies devinrent plus fréquentes et plus abondantes, leucorrhée dans les intervalles. Les douleurs deviennent continues et s'accompagnent d'une sensation de pesanteur du côté du petit bassin. Jamais la malade n'a perdu de morceaux de tumeur.

27 *juillet.* — Écoulement leucorrhéique rosé, très abondant, sans odeur spéciale. Érythème vulvaire. Au toucher vaginal on sent à la hauteur de deux phalanges, une tumeur volumineuse, dure, solide, résistante. Les dimensions et la forme sont celles d'un œuf d'autruche. Le pédicule s'engage dans l'orifice du col et remonte à une telle hauteur qu'il est impossible d'atteindre avec le doigt la surface d'implantation. Le museau de tanche est sain, il en est de même de

la muqueuse vaginale et des culs-de-sac. Au spéculum on voit que la surface de la tumeur est lisse, unie, sans bosselures, d'une coloration rosée un peu pâle, moins foncée que celle de la muqueuse vaginale. A l'aide du cathéter utérin on reconnaît que le pédicule s'implante sur la face postérieure du corps de l'utérus, à quatre centimètres de l'orifice inférieur du col. Le palper abdominal combiné avec le toucher rectal démontre que l'utérus est un peu abaissé, mais n'a pas subi d'altération notable dans sa forme et dans son volume. Outre les douleurs que nous avons précédemment indiquées, la malade éprouve des envies fréquentes d'uriner, de la gêne de la défécation, et de la constipation habituelle. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. L'état général est satisfaisant, mais les métrorrhagies et la leucorrhée continuelles ont affaibli la malade et déterminé un état anémique contre lequel il faut se hâter d'agir. Nous avons affaire à un polype fibreux.

4 *août*. — Chloroforme. La malade étant couchée sur notre lit d'opération, les genoux fléchis sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, nous passons une anse de fil de fouet sur le pédicule de la tumeur à l'aide d'une sonde courbée, d'après notre procédé habituel. Nous lions ensuite ce pédicule à l'aide du serre-nœud construit par Mathieu. La malade est reportée dans son lit. Pas de réaction fébrile; la malade garde le repos complet. Chaque jour on resserre la ligature. Application de glace sur l'abdomen. Injections fréquentes. Dès le treizième jour suppuration abondante et extrêmement fétide, entraînement des lambeaux de tumeur.

12 *août* (huit jours après la ligature). — Expulsion de la tumeur. La malade garde encore le lit pendant trois jours. On continue les injections. Pas d'accidents consécutifs.

15 *août*. — La malade sort guérie.

Obs. XCDIII. — *Polype fibreux de l'utérus faisant saillie dans le vagin. Ablation par torsion. Guérison.* — Sonel (Élisabeth), quarante-cinq ans, cuisinière, entre le 29 mars 1878, salle Sainte-Marthe, 59.

Pas d'hérédité. Bonne santé dans l'enfance. Menstruation régulière de seize à quarante-quatre ans. Neuf enfants; six sont morts du croup ou de la rougeole. Depuis huit mois, troubles de la menstruation, les règles sont devenues plus abondantes; puis les périodes se sont rapprochées, enfin le flux sanguin est devenu presque continu. Il est mélangé de gros caillots, cesse pendant quatre ou cinq jours, pendant lesquels la malade est affectée d'une leucorrhée abondante, puis reprend ensuite. Cet état n'a pas tardé à amener une anémie profonde; pâleur de la face et des muqueuses, vertiges, bourdonnement d'oreilles, lipothymies, faiblesse générale. Amaigrissement.

2 *mars*. — Écoulement par la vulve d'un liquide sanieux, séro-sanguin, d'odeur fade, désagréable. Au toucher le vagin a conservé

ses dimensions; la muqueuse paraît saine. Au fond du canal, le doigt sent une tumeur arrondie du volume d'une pomme d'api, dure, solide, de la consistance du col; le doigt passe librement entre les parois du vagin et le pourtour de cette tumeur. On reconnaît qu'elle s'engage dans l'orifice du col par un pédicule assez volumineux. Le museau de tanche est dilaté, étalé au pourtour de ce pédicule. Au spéculum on voit, après avoir enlevé les mucosités et le sang à l'aide de bourdonnets de charpie, que la tumeur présente une coloration d'un rose pâle, légèrement jaunâtre. Les lèvres du col et les culs-de-sac vaginaux n'offrent aucune altération. La muqueuse vaginale légèrement congestionnée, n'est ni ulcérée, ni enflammée. Le cathéter utérin pénètre assez facilement dans la cavité du col et du corps de l'utérus ; il démontre que le pédicule de la tumeur s'implante sur la paroi postérieure de l'utérus immédiatement au-dessous de l'orifice interne du col. Le palper abdominal, combiné avec le toucher vaginal montre que l'utérus n'est ni déformé ni déplacé. La malade éprouve une sensation de pesanteur dans le petit bassin, mais pas de douleurs véritables.

30 *mars*. — Chloroforme. La malade étant couchée sur notre lit d'opération dans la position habituelle en pareil cas, nous saisissons le polype avec de fortes pinces de Museux, et nous en pratiquons l'ablation à l'aide de mouvements de torsion et d'arrachement combinés. L'ablation s'effectue facilement et sans hémorrhagie. Une coupe de la tumeur démontre que nous avons bien affaire à un fibrôme. La malade est reportée dans son lit. On applique sur le ventre des sachets de glace afin de prévenir toute inflammation péritonéale. Pas de réaction fébrile. Injections d'eau tiède pendant les premiers jours. La malade garde le repos pendant quinze jours et retourne chez elle complètement guérie.

Obs. XCDIV. — *Tumeur fibreuse intra-utérine. Expulsion de débris de la tumeur*. — Voiton (Adèle), quarante-cinq ans, femme de ménage, entre le 14 mai 1877, salle Sainte-Marthe, 42.

Réglée régulièrement de vingt à quarante-quatre ans, trois enfants morts en bas âge, une fausse couche en 1868. Le dernier accouchement eut lieu en 1871 ; jamais de maladie antérieure.

En janvier 1876, première métrorrhagie qui dure vingt jours. Depuis cette époque, hémorrhagies utérines presque continuelles ; sur un mois la malade avait cinq jours de repos.

En juillet 76, développement anormal de la région hypogastrique sur la ligne médiane. Les membres inférieurs s'œdématient. Douleurs dans la région lombaire, sentiment de pesanteur dans le basventre ; affaiblissement général; amaigrissement rapide. Les métrorrhagies continuent.

En avril dernier, douleurs très vives dans l'abdomen, vomisse-

ments. Quinze jours après, violentes douleurs expulsives; elle rend trois débris de tumeur, dont le plus gros a le volume d'un œuf de poule; ces débris étaient durs, arrondis, sans odeur particulière.

15 *mai*. — L'abdomen est augmenté de volume. On sent à travers la paroi une tumeur arrondie, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; tumeur unie, sans bosselures, un peu proéminente à gauche. Elle est indépendante des parois abdominales, se déplace et semble faire corps avec l'utérus.

Au toucher vaginal: col dans l'axe normal, non abaissé ; il est mou, large, entr'ouvert, et laisse facilement passer la première phalange. Le doigt rencontre une tumeur intra-utérine dure, et paraissant remplir toute la cavité ; on ne sent pas de pédicule. Envies fréquentes d'uriner, constipation opiniâtre. Les membres inférieurs ne sont plus œdématiés. Extrême pâleur de la face et de la peau, anémie prononcée.

20 *mai*. — Douleurs abdominales très vives, douleurs expulsives. Pas de métrorrhagie.

21. — Expulsion d'une tumeur du volume d'un gros marron, arrondie, très dure. A la coupe, aspect de tissu musculaire avec tractus fibreux.

22. — La malade éprouve un grand soulagement.

25. — Plus de douleurs.

8 *juin*. — Elle quitte le service.

Obs. XCDV. — *Corps fibreux intra-utérin. Métrorrhagies abondantes. Ablation de la tumeur par ligature du pédicule. Guérison.* — De Marly (Angéline), trente-cinq ans, ménagère entre le 1er mars 1878, salle Sainte-Marthe, 38.

Femme grande, bien constituée, anémique. Pas d'hérédité. Menstruation régulière de douze à vingt-sept ans. Les règles duraient trois jours, étaient abondantes, fortement colorées et mélangées à des caillots ; nullipare.

Il y a huit ans, la malade commença à ressentir du côté de l'utérus des douleurs sourdes, exacerbantes, irradiées aux cuisses, à l'ombilic et aux lombes. Les règles, tout en conservant leur régularité, se prolongeaient quatre, cinq et six jours, et s'accompagnaient de malaise général, courbature, vomissements, état qui forçait la malade à garder le lit pendant la période menstruelle. Dans l'intervalle, leucorrhée abondante, de coloration parfois blanche, plus souvent rosée, sans odeur spéciale.

Peu à peu tous ces phénomènes s'accentuèrent, les douleurs devinrent plus vives et s'accompagnèrent d'un sentiment de pesanteur dans le petit bassin. La constipation devint habituelle, la malade n'allait plus à la selle que par des lavements ; miction normale, non douloureuse mais plus fréquente et moins abondante que d'ordi-

naire. Les métrorrhagies se succédaient à intervalles de plus en plus rapprochés, et duraient parfois dix jours, parfois six semaines. Bientôt la malade perdit ses forces et son embonpoint, elle fut obligée de garder continuellement le lit. Céphalalgie opiniâtre, vertiges, bourdonnements d'oreilles, dysphagie, parfois nausées et même vomissements. Le caractère devint inégal, irritable. Malgré un traitement tonique et reconstituant bien entendu, la malade ne put échapper à un état de chloro-anémie extrême. Pendant longtemps, tous ces accidents furent attribués à une métrite chronique et traités comme tels. Mais dans les derniers temps, un médecin constata la présence d'une tumeur intra-utérine, et conseilla à la malade d'entrer à l'hôpital.

1er *mars*. — Pas de déformation sensible de l'abdomen; la région hypogastrique a conservé son volume et son aspect. Écoulement continu par la vulve et le vagin d'un liquide leucorrhéique jaunâtre, altéré, d'odeur repoussante. Au toucher, le vagin a conservé sa forme, son calibre, sa direction; ses parois ne donnent en aucun point de sensation anormale; la température n'est pas élevée.

Le col de l'utérus ne présente ni ulcération, ni saillies, mais il semble gras, hypertrophié, plus ferme qu'à l'état normal. L'orifice inférieur est légèrement entr'ouvert, mais pas suffisamment pour admettre l'index. Les culs-de-sac antérieur, postérieur et latéraux paraissent légèrement abaissés ; leurs parois sont intimement accolées à la portion sous-vaginale du col; la face postérieure de l'utérus refoule la paroi antérieure du rectum. En combinant le toucher vaginal avec le palper abdominal, on sent que l'utérus est plus volumineux qu'à l'état normal, il déborde notablement le détroit supérieur du bassin, tout en conservant sa direction. Il est distendu, lobulé, du volume du poing; sa surface lisse, unie, sans bosselures apparentes, ne donne insertion à aucune tumeur sessile ou pédiculée.

L'examen au spéculum confirme les données obtenues par le toucher; il démontre en outre que les lèvres du museau de tanche sont turgescentes, hypérémiées, violacées. L'orifice du col est oblitéré par un bouchon muqueux, comparable à celui qu'on observe dans certaines formes de métrite. L'hystéromètre permet de constater la présence d'une tumeur intra-utérine, très consistante, implantée assez haut vers le fond de l'organe. Mais l'instrument ne passant qu'avec difficulté entre les parois de la tumeur et celles de l'utérus, nous ne prolongeons pas cet examen de crainte d'accidents. Il suffit amplement, d'ailleurs, pour nous permettre d'assurer l'existence d'un corps fibreux intra-utérin. L'état général est déplorable, les troubles digestifs, les métrorrhagies et la leucorrhée entretiennent l'anémie et menacent de plonger la malade dans le marasme.

9 *mars*. — Chloroforme. La malade est couchée sur notre lit

d'opération, le bassin élevé, les genoux écartés et repliés sur le ventre. Nous nous servons d'un grand spéculum bivalve. Afin d'agrandir l'orifice du col et permettre l'introduction des instruments, nous faisons un débridement avec le thermo-cautère, en ayant soin de donner plus d'étendue aux incisions antérieure et postérieure, précaution d'autant plus importante que le col est étalé et que les culs-de-sac sont effacés. Ce débridement permet immédiatement de passer facilement le doigt. Un aide appuie sur le fond de l'utérus par l'hypogastre de façon à abaisser la tumeur le plus possible vers la vulve. Nous nous servons ensuite de l'instrument que nous avons fait construire par M. Mathieu. A l'aide des sondes, nous remarquons que l'implantation du polype est large et, qu'elle se fait sur le fond de l'utérus. La ligature exige à peine quelques secondes, malgré le volume de la tumeur beaucoup plus grand que nous ne l'aurions supposé tout d'abord — volume plus considérable qu'une tête de fœtus à terme. La ligature effectuée, la malade est reportée dans son lit. Une sonde en caoutchouc est laissée à demeure dans la vessie. A partir de l'opération, tout écoulement sanguin a cessé. Dès le lendemain la tumeur commença à s'exfolier et donna lieu à un écoulement putrilagineux abondant. Une grande partie de la tumeur put s'éliminer ainsi par putrilage. Chaque jour on faisait plusieurs injections vaginales avec l'eau alcoolisée phéniquée, et l'on serrait la ligature au moyen du petit treuil disposé à cet effet à l'extrémité inférieure de la sonde. Pour prévenir tout accident péritonéal, nous appliquâmes jusqu'au moment de la chute de la tumeur de la glace sur l'abdomen. Il y eut peu de réaction sur l'état général. Le lendemain de l'opération la température atteignit 38°,4 dans la soirée, le pouls 96. Les jours suivants, température et pouls ne dépassaient plus les moyennes physiologiques. L'appétit, d'abord légèrement diminué, redevint rapidement bon. Le sommeil fut toujours calme et réparateur. La tumeur tomba le cinquième jour et, à partir de ce moment, tout écoulement vaginal cessa; la malade reprit à vue d'œil ses forces et son embonpoint.

Elle quitta le service le 20 mars 1878, douze jours après l'opération.

Obs. XCDVI. — *Corps fibreux développé dans la moitié latérale droite de l'utérus et faisant saillie dans le vagin. Cautérisation au fer rouge. Guérison.* — Grolier (Eugénie), trente-huit ans, caissière, entre le 24 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 52.

Bonne santé habituelle. Pas d'hérédité. Ni scrofule ni tuberculose, aucun accident vénérien. Réglée régulièrement de quinze à trente-cinq ans, 5 enfants, 4 fausses couches. Depuis trois ans, pertes sanguines abondantes et répétées, mélangées de caillots. Dans l'intervalle des métrorrhagies pertes blanches continuelles. Ces symptômes se sont progressivement compliqués de sensation de pesanteur dans

le bassin, de tiraillement dans les lombes et au niveau de l'ombilic et d'envies fréquentes d'uriner. L'abdomen n'a augmenté de volume que dans de faibles proportions.

24 *janvier*. — La palpation de la région hypogastrique permet de constater la présence d'une tumeur dure, solide, développée dans la moitié latérale droite de l'utérus et remontant à égale distance du pubis et de l'ombilic. Elle forme une saillie plus prononcée à droite qu'à gauche, pourtant elle n'arrive pas jusque dans la fosse iliaque. Elle est arrondie, lisse, mobile, de consistance fibreuse homogène, peu douloureuse à la pression. Par le toucher vaginal et rectal, combiné avec le palper hypogastrique, on reconnaît qu'elle s'est développée, dans l'épaisseur du corps et du col de l'utérus, plus spécialement dans la portion droite ; qu'elle est constituée par une masse unique, ovoïde, à grosse extrémité saillante dans le vagin où elle forme une tumeur comparable à celle de la tête d'un fœtus de sept mois. Le museau de tanche et la portion gauche de l'utérus sont effacés et élevés, difficilement reconnaissables au toucher. Le cathétérisme utérin montre que la cavité a doublé de longueur. Les autres organes fonctionnent normalement et, à part un peu d'anémie, l'état général est satisfaisant. Nous pensons avoir affaire à un corps fibreux et M. Spencer Wells qui assiste à notre clinique confirme ce diagnostic.

24 *février*. — Chloroforme. La malade étant couchée sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin et les genoux écartés, nous introduisons dans le vagin un large spéculum en buis, et nous plongeons à plusieurs reprises et profondément, dans la masse de la tumeur, le cautère actuel. Un aide est chargé, pendant l'opération, d'injecter de l'eau froide dans le vagin, chaque fois que nous retirons le cautère éteint dans la tumeur. Cette opération ne détermina aucun accident grave. Les jours suivants, il y eut du côté de l'abdomen quelques symptômes inflammatoires qui disparurent dès le quatrième jour, par des applications de glace et de cataplasmes laudanisés.

25. — T = 39°,2. P = 92. Langue sale, petits frissons répétés. Application de glace sur la région hypogastrique. Pas de nausées, pas de vomissements.

26. — T = 38°,9. P = 86. Un peu d'appétit. Les frissons deviennent plus espacés. Douleurs dans la région hypogastrique, sans coliques ; pas de vomissements. Cataplasmes laudanisés. Injections d'eau froide dans le vagin.

27. — T = 38°. P = 82. Un seul frisson vers le soir. Les douleurs hypogastriques ont disparu. Suppuration modérée par le vagin.

28. — T = 37,°4. P = 80. La malade demande à manger. Plus de frisson ; plus de douleurs. A partir de ce moment, rien de particulier à noter, la température et le pouls restent normaux. La suppuration

de la tumeur s'établit franchement, mais reste toujours modérée.

14 *mars*. — La malade commence à se lever.

26. — Elle retourne chez elle, où elle continuera à garder le repos et à faire ses injections avec de l'eau légèrement alcoolisée.

28 *avril*. — La malade revient nous voir. L'examen de la tumeur ne montrant pas de résultats satisfaisants, nous faisons de nouveau des cautérisations profondes.

Cette seconde opération provoque l'élimination par suppuration d'une notable partie de la tumeur sans déterminer d'accidents graves grâce aux précautions que nous prenons de faire sur l'abdomen des applications continues de glace, et des lavages quotidiens avec l'eau légèrement alcoolisée.

27 *mai*. — La malade peut retourner chez elle. Elle doit revenir nous voir d'ici quelque temps afin que nous puissions surveiller la marche de la tumeur. N'a pas été revue depuis.

Obs. XCDVII. — *Corps fibreux utérins multiples avec saillie dans le vagin d'un fibrome du volume d'une tête de fœtus. Ligature du pédicule de la tumeur. Guérison.* — Hardy (Jeanne), trente-six ans, couturière, entre le 12 juin 1878, salle Sainte-Marthe, 48. Femme grande, profondément anémique. Pas d'hérédité. Jamais de maladies graves dans l'enfance. Réglée depuis l'âge de dix-sept ans, régulièrement jusque il y a dix mois. Mariée, nullipare. Il y a trois ans elle fit une chute dans laquelle le bas-ventre porta sur le dos d'une chaise. Elle éprouva au moment de l'accident de vives douleurs, et ne put uriner pendant trente-six heures, ensuite elle éprouva du ténesme vésical et de l'incontinence d'urine. Ces accidents disparurent peu à peu. Deux mois plus tard, le ventre augmenta subitement de volume; douleurs dans le bas-ventre, les régions lombaires et ombilicale. Un médecin appelé sur-le-champ porta le diagnostic : hématocèle rétro-utérine, et fit une ponction vaginale qui donna issue à quelques cuillerées de sang pur vermeil. Deux jours après le début de ces accidents les règles apparurent, s'accompagnèrent de vives douleurs et furent plus abondantes que de coutume. En même temps, la malade était obligée de prendre le lit; fièvre, nausées, vomissements, douleurs abdominales généralisées, s'exaspérant par la pression et les mouvements; *péritonite;* applications de sangsues dans la région hypogastrique. La malade fut soignée chez elle pendant vingt-six jours; elle entra ensuite dans le service de M. Hérard à l'Hôtel-Dieu, où l'on appliqua sur l'abdomen une cuirasse de collodion et où l'on fit de la compression ouatée. Les accidents de péritonite étant calmés, on reconnut que la malade portait un fibrome utérin. Après six mois de séjour à l'hôpital elle put reprendre ses travaux; le ventre était resté volumineux et elle éprouvait de temps à autre des douleurs lombaires, pelviennes et ombilicales. Depuis

cette époque troubles de la menstruation ; métrorrhagies abondantes au moment des règles, puis pertes fétides continues. Il y a un mois douleurs expulsives très fortes. Les accidents s'exagérant de plus en plus et la tumeur utérine s'accroissant progressivement, la malade demande à entrer à l'hôpital.

12 *juin*. — L'abdomen est distendu par une tumeur qui présente le volume de l'utérus au septième mois de la grossesse. Par le palper abdominal on reconnaît qu'elle s'élève jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; inférieurement et sur les côtés elle fait corps avec l'utérus ; elle envahit les fosses iliaques droite et gauche qu'elle occupe presque entièrement. Sa surface est lisse, unie, sans bosselures apparentes, sauf à la partie la plus élevée, où l'on trouve, à gauche de la ligne médiane, une saillie du volume d'un petit œuf de poule qui semble surajoutée à la tumeur principale. Sa consistance est dure, solide, fibreuse ; aucun point ramolli ou fluctuant. Quand on lui imprime des mouvements, elle se déplace en masse et ne paraît contracter aucune adhérence soit avec l'intestin, soit avec les parois abdominales. La percussion donne un son mat à toute la surface de la tumeur, elle permet de tracer exactement ses limites, et indique que l'intestin est refoulé en haut et sur les côtés. Rien de particulier à l'auscultation. Cet examen est pénible pour la malade et provoque d'assez vives douleurs. Les organes génitaux externes sont baignés d'un liquide muco-purulent de couleur brune, d'odeur très fétide. Lorsqu'on écarte les lèvres de la vulve, on aperçoit une tumeur volumineuse qui comble le vagin et tend à faire saillie au dehors. La surface de cette tumeur est ramollie, friable, couverte de détritus purulents, qui empêchent d'en distinguer la nature. Par le toucher vaginal on reconnaît que la tumeur a le volume d'une tête de fœtus à terme ; elle est arrondie, cylindrique. Le doigt constate qu'elle va en s'élargissant du côté de l'utérus ; mais le doigt est trop court proportionnellement au volume de la tumeur, pour qu'on puisse savoir jusqu'où elle s'étend de ce côté. Nous ne sommes pas tenté d'introduire la main entière pour nous assurer de ce fait. Une sonde montre seulement qu'on peut circonscrire la tumeur ; elle disparaît tout entière dans le vagin et dans la cavité utérine, quand on la glisse sur un des côtés, tandis que par les autres elle est arrêtée comme s'il y avait implantation utérine du côté de la paroi postérieure et gauche. La consistance est celle des gros myômes enflammés du corps de l'utérus, qui s'engagent dans le vagin. L'état général est déplorable. Anémie prononcée, maigreur extrême, teinte verdâtre. L'appétit est diminué, constipation habituelle, mictions fréquentes et douloureuses. Le caractère est sombre, irritable, la malade s'émeut sans raison. Sommeil rare, troublé par des cauchemars.

15 *juin.* — Chloroforme. La malade étant dans le décubitus dorsal, le bassin élevé, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, les genoux fléchis sur les cuisses, nous jetons à une très grande hauteur, par le vagin et l'utérus, un lien de corde, au moyen des sondes et du treuil que nous avons fait construire naguère dans ce but. Nous conduisons l'opération suivant le procédé habituel. La ligature posée, la malade est portée dans son lit et maintenue chaudement. Sachets de glace sur l'abdomen. T S = 37°, 5.

16. — T M = 37°, 4. S = 38°, 2. P = 95. Ni nausées ni vomissements. On serre la ligature au moyen du treuil.

17. — T M = 37°, 6. S = 38°, 8. P = 100. Coliques légères au moment des selles, sueurs assez abondantes. Peu de réaction locale. Écoulement putrilagineux abondant par la vulve. Injections répétées.

18. — T M = 38°. S = 39°. Les sueurs continuent, la malade est un peu déprimée, mais il n'existe aucun signe de péritonite; on serre de nouveau la ligature.

19. — T M = 37°, 8. S = 38°, 6. P = 100. Même état, suppuration très abondante et fétide. Injections. Diarrhée légère.

20. — T M = 37°, 8. S = 39°. P = 110. Les sueurs sont supprimées, mais la diarrhée persiste ; la tumeur tombe en putrilage.

21. — T M = 37°, 6. S = 38°. Chute de la ligature et de la tumeur.

22. — La malade se trouve très bien, la température est normale. Ecoulement léger par le vagin ; on continue les injections.

3 *juillet.* — La malade a rendu jusqu'à ce jour 20 à 30 grammes de pus par la vulve. L'état général s'améliore à vue d'œil.

5. — L'écoulement vaginal a complètement cessé.

8. — La malade quitte le service, guérie.

§ III. — Vulve et vagin.

Obs. XCDVIII. — *Occlusion cicatricielle du vagin. Section de la bride. Dilatation de l'orifice artificiel avec le doigt. Péritonite par propagation. Mort.* — Austerweil (Jeannette), vingt-cinq ans, gouvernante, entre le 20 novembre 1878, salle Sainte-Marthe, 56.

Forte constitution, bonne santé apparente. Jamais de maladies graves dans l'enfance. Menstruation régulière depuis l'âge de quinze ans. Nullipare. A 21 ans, elle commença à éprouver des troubles divers du côté de l'appareil génital. Pesanteur douloureuse et sensation de tiraillement dans le petit bassin. Douleurs irradiées aux lombes et vers la racine des cuisses. Leucorrhée continue et abondante dans l'intervalle des règles. L'écoulement continuel de ce li-

quide irritant détermina du côté de la vulve un érythème très douloureux et des ulcérations au niveau des petites lèvres. Un médecin consulté, porta le diagnostic : antéflexion de l'utérus, avec catarrhe utérin. Il pratiqua à plusieurs reprises le cathétérisme, cautérisa les ulcérations vulvaires et ordonna des injections vaginales. Ce traitement ne produisit pas de résultat satisfaisant. La malade vint à Paris et suivit divers traitements : injections avec infusion de feuilles de noyer ; introduction dans le vagin de tampons d'alun, etc. Il y a quatre mois, elle consulta un pharmacien qui lui conseilla d'introduire dans le vagin un caustique solide, fixé à un fil, et de le maintenir en place, chaque jour, pendant cinq minutes. La malade suivit ce traitement pendant deux mois. L'écoulement leucorrhéique diminua ainsi que l'érythème vulvaire. Mais, à cette époque, le caustique resta huit jours entiers dans le vagin, le fil qui le fixait au dehors s'étant rompu, et l'exploration du vagin faite à l'aide d'une pince, par le pharmacien, n'ayant pas amené l'extraction du corps étranger. Pendant cette période, la malade éprouva de violentes douleurs avec sensation de brûlure dans le vagin. L'expulsion spontanée du caustique fut suivie d'une métrorrhagie abondante, et depuis cette époque un écoulement sanguin peu abondant mais continu s'est effectué.

20 *novembre.* — L'examen direct ne montre qu'un peu d'érythème à la vulve. Il faut le toucher vaginal et l'examen au spéculum pour constater que le vagin est oblitéré à 2 centimètres en arrière de l'entrée. Pour déterminer jusqu'à quelle hauteur remonte l'oblitération, nous introduisons l'index de la main gauche dans le rectum en même temps que l'index de la main droite est conduit dans le vagin et qu'un mandrin est maintenu dans l'urèthre et la vessie par un aide. Nous constatons, de la sorte, que l'oblitération du vagin remonte jusqu'au col autour duquel nous sentons une collection liquide circonscrite et que le corps de l'utérus ainsi que les autres organes du bassin sont normaux. La malade n'ayant pas eu ses règles depuis cinq mois et voyant seulement de petites taches de sang, il est à supposer que les douleurs qu'elle éprouve sont dues à la rétention du sang menstruel, et que les alternatives de gonflement et d'affaissement de la région hypogastrique qu'elle accuse, se lient aux poussées et aux intervalles menstruels. Il y a urgence à rétablir la perméabilité du vagin, pour faire cesser tous ces accidents.

23 *novembre.* — Chloroforme. A l'aide de valves plates et concaves de Jobert, nous faisons écarter les parois latérales et inférieure de la vulve, et nous guidant, d'une part, sur le cathéter introduit par l'urèthre, de l'autre sur l'index de notre main gauche porté dans le rectum, nous faisons une section transversale suivant l'axe du vagin à travers le tissu cicatriciel qui l'oblitère. Nous nous aidons

d'éponges montées et du doigt pour empêcher le sang de nous gêner, et nous dilatons les incisions que nous avons faites pour bien nous assurer que nous suivons la direction voulue. Nous arrivons de la sorte jusqu'à la partie supérieure du vagin ; à ce moment, un petit flot de sang visqueux, noir, épais, nous avertit que nous sommes tombé dans la cavité kystique qui entoure la portion vaginale du col de l'utérus et qui est due à la dilatation de cette portion du vagin par le sang menstruel. Aussitôt, nous introduisons l'index par cette ouverture, pour l'agrandir le plus possible, surtout dans le sens transversal comme nous l'avons fait pendant tout le cours de l'opération, sachant que, dans cette direction, il n'y a pas de canaux importants à ménager, comme cela a lieu du côté de la vessie et du rectum. L'opération put être ainsi terminée sans que les vaisseaux divisés aient donné plus de 10 grammes de sang. Grâce à la dilatation faite avec le doigt, le vagin a repris dans toute sa longueur son calibre normal.

24. — TM = 37°, 6. S = 38. Injections vaginales avec de l'eau tiède. Ecoulement sanguin assez abondant.

25. — T M = 37°. S = 37°, 4. La malade se trouve bien, elle perd toujours un peu de sang.

26. — Température normale, l'écoulement sanguin a cessé.

6 *décembre* 1878. — Nuit agitée. T M = 38°, 4. S = 39°. P = 120. Céphalalgie, nausées, langue saburrale, tympanisme léger, douleurs hypogastriques vives, malade abattue.

7. — T M = 39°, 2. S = 38°. La malade va mieux mais les douleurs hypogastriques persistant, on donne des lavements laxatifs.

9. — On introduit l'index dans le vagin, puis un spéculum univalve qui ne pénètre que de la longueur d'une phalange. Cette tentative de dilatation est très pénible pour la malade et la plonge dans un état nerveux.

10. — T M = 38°. S = 38°, 4. P. plein, fort, bondissant = 112. Douleurs vaginales et hypogastriques vives. Applications de sachets de glace sur le ventre.

11. — Même état. T M = 38°, 2. S = 38°, 6. Perte de l'appétit et du sommeil. Constipation, nausées, pas de vomissements, écoulement muco-purulent par le vagin.

12. — T M = 38°, 8. S = 39°, 5. P = 120. Facies grippé, pâleur, nausées, ballonnement du ventre, les douleurs hypogastriques persistent. Péritonite ; on applique 30 sangsues à l'hypogastre. — 15 centigrammes d'opium. Malgré un traitement énergique et les soins donnés à la malade, elle meurt de péritonite, le 16 décembre 1878.

Obs. XCDIX. — *Hypertrophie des grandes et petites lèvres. Ablation par le thermo-cautère. Guérison.* — Dufault (Laure), vingt-sept ans, couturière, entre le 15 février 1877, salle Sainte-Marthe, 46.

Réglée à quinze ans, menstruation régulière. 2 grossesses naturelles, la première en 1869, la deuxième en 1872. Les enfants sont morts; l'un à deux, l'autre à trois mois. A la suite de la dernière grossesse, métrorrhagies pendant six mois; à la même époque, catarrhe utéro-vaginal traité par M. Ricord. Il y a trois ans et demi, les petites lèvres de la vulve commencèrent à s'hypertrophier. En l'espace de deux ans, elles atteignirent au dire de la malade une hauteur de 4 travers de doigt. Elles étaient tellement tuméfiées qu'elles empêchaient la marche et causaient une gêne considérable. En ville, traitement par : sangues, glace, cataplasmes, sans résultat. Au mois d'août 1875, opération par M. Nicaise. Chloroforme. Excision des petites lèvres; pansements consécutifs au vin aromatique. Cicatrisation rapide. La malade quitte l'hôpital au bout de quinze jours, cette opération laisse la sensibilité intacte. Depuis six mois, la grande lèvre droite s'est prise à son tour, a peu à peu augmenté de volume, malgré un traitement continu : bains de sel, bandage suspensif.

15 *février*. — La grande lèvre droite a 4 travers de doigt de hauteur ; la saillie qu'elle représente est considérable, toutes les parties constituantes, peau et tissus sous-jacents semblent hypertrophiés uniformément. Il en résulte une véritable tumeur régulière à la surface, sans vascularisation apparente. Les téguments semblent plutôt sclérosés et un peu œdématiés qu'éléphantiasiques. La tumeur que forme la grande lèvre est un peu ovoïde, son volume rappelle celui d'un petit œuf de dinde. Au toucher, consistance homogène, analogue à celle du tissu fibreux infiltré. La peau semble confondue avec les tissus sous-jacents et en particulier avec la couche dartoïque. La pression ne réduit pas le volume de la tumeur qui est peu douloureuse. Justement effrayée par les progrès rapides de cette tumeur et par les antécédents du côté des petites lèvres, par la gêne pendant la marche, la malade désire être délivrée.

17. — Hémostasie préventive avec le forcipresseur de Chéron. Le thermo-cautère fut porté successivement en dehors des plaques, à travers les portions latérales de la tumeur, qui se détachèrent peu à peu. L'opération achevée, nous laissâmes le forcipresseur en place pendant quelques minutes ; puis nous le retirâmes sans qu'aucune goutte de sang vînt à s'écouler. Nous le remplaçâmes ensuite par des serres-fines, comme le fait ordinairement M. Chéron, pour empêcher le plus possible le bord de la plaie de s'écarter. Ces serres-fines furent changées de place le lendemain. Les suites furent des plus simples, la réunion se fit par première intention sur une étendue peu considérable. Le reste de la plaie se cicatrisa après suppuration. Les serres-fines furent enlevées le 20 février, c'est-à-dire trois jours après l'opération.

12 *mars*. — La malade sort guérie.

Obs. CD. — *Hypertrophie des grandes lèvres. Excision.* — X... entre le 15 mars 1877, pour une hypertrophie. Sous l'influence de cette affection, la malade éprouvait des troubles digestifs et des douleurs intolérables. Elle était arrivée au dernier degré de l'anémie. Il fut décidé que nous ferions l'excision des grandes lèvres avec l'anse et que nous inciserions les fistules avec le couteau galvano-caustique. Nous dilaterions ensuite le rétrécissement avec les procédés habituels dès que les forces le permettraient. L'opération fut faite le 16 mars, et le succès immédiat ne se fit pas attendre. Néanmoins les accidents digestifs continuèrent et le 27 avril, la malade fut prise de vomissements bilieux avec crampes d'estomac: elle succomba au bout de vingt-quatre heures.

L'*autopsie* fut pratiquée le 28 avril à six heures du soir.

Au niveau du fond de l'utérus nous remarquons deux anses d'intestin grêle qui sont adhérentes au fond et à la face postérieure de cet organe ainsi qu'à l'ovaire gauche qui est enflammé et gros comme une mandarine : ce dernier repose directement sur le rectum. Incisé dans toute son étendue, le rectum ne présente ni ulcération, ni bosselures : le rétrécissement qu'on percevait avec le doigt était précisément au niveau de l'ovaire gauche, enflammé chroniquement depuis longtemps, qui adhérait au rectum et le rétrécissait par suite des adhérences qu'il avait contractées avec le canal ainsi qu'avec l'utérus et les anses d'intestin voisines.

Il n'y avait pas d'ascite. L'estomac, le cœur et les poumons ne présentaient rien de particulier ; il n'en était pas de même du foie dont le parenchyme était absolument criblé de petits abcès miliaires gros comme des têtes d'épingles, et dont la production rapide et simultanée a dû accélérer la mort.

Obs. CDI. — *Kyste de la glande vulvo-vaginale. Drainage. Guérison.* — Elise Delsarte, vingt-huit ans, couturière, entre le 9 janvier 1878, salle Sainte-Marthe, 48. Réglée à douze ans, menstruation toujours régulière, grossesses naturelles. Enfants bien portants. La dernière grossesse eut lieu à dix-sept ans. A dix-neuf ans la malade dit avoir eu un abcès de la glande vulvo-vaginale gauche, qui fut ouvert par le bistouri et cicatrisa rapidement. Depuis cette époque, elle remarqua au même niveau une petite tumeur dure, indolente, qui s'est développée lentement sans jamais occasionner d'accidents.

État actuel. — Cette tumeur a acquis le volume d'un petit œuf de poule ; elle n'est pas douloureuse, mais détermine de la gêne dans la marche, dans la position assise et dans le coït. A la vue, cette tumeur se révèle par une saillie très marquée à la base de la grande lèvre, la peau qui la recouvre a conservé ses caractères normaux. Par la palpation, on reconnaît qu'elle remonte sous la muqueuse vaginale, qu'elle est sphéroïde, bien limitée, et d'une consistance

demi-liquide. En écartant les grandes lèvres, on remarque que la muqueuse vaginale est légèrement enflammée à la surface. Le centre de la tumeur répond bien à la glande vulvo-vaginale. L'orifice de cette glande est oblitéré du côté gauche, tandis qu'il est perméable à droite.

Depuis deux mois la malade souffre d'un eczéma qui a envahi le pubis et la face interne des cuisses. La position de la tumeur, la lenteur de sa marche, son indolence, l'absence de symptômes inflammatoires aigus et l'oblitération du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale, permettent de diagnostiquer un kyste de cette glande.

13 *janvier* 1878. — Chloroforme. Les cuisses étant écartées, on fait saillir le kyste en dehors en le pressant entre les doigts par sa face supérieure.

Nous nous sommes demandé si le passage du trocart et consécutivement du drain par l'orifice de la glande ne pouvait pas amener la perméabilité de cet orifice. Nous essayons donc de faire suivre cette voie au trocart.

Passage d'un drain. Écoulement d'un liquide épais, jaunâtre, contenant beaucoup de cholestérine.

Pas d'accidents consécutifs. Suppuration abondante les premiers jours. Injections d'eau alcoolisée par le tube à drainage. Le 26 janvier, la suppuration étant presque tarie, la malade sortit avec son tube ; elle devait revenir nous voir, mais n'a pas été revue.

Obs. CDII. — *Epithélioma de la vulve et du vagin. Ablation par le thermo-cautère. Guérison.* — Mary (Marie), quarante-quatre ans, journalière, entre le 21 mars 1877, 51, salle Sainte-Marthe. Bonne constitution. Pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques. Ni scrofule ni tuberculose. Pas de syphilis. Elle a toujours vécu à la campagne. Depuis l'âge de dix-huit ans menstruation régulière, huit grossesses, dont deux se sont terminées par des fausses couches. Il ne reste qu'une fille bien portante. Les autres enfants seraient morts de la rougeole entre quatre et six ans. Il y a trois ans, elle remarqua sur la grande lèvre gauche un bouton du volume d'un pois, qui n'occasionnait aucune douleur, mais était le siège d'un prurit qui l'obligeait à se gratter. Plus tard le bouton s'ulcéra ; l'ulcération gagna de proche en proche et devint le siège d'un suintement ichoreux, sanguinolent, fétide. Il n'y a jamais eu de véritable hémorrhagie. Dans les derniers temps la malade éprouvait des douleurs vagues, lancinantes, qui s'exagéraient par la marche et la fatigue.

État actuel. — La lésion a envahi les deux grandes lèvres, le périnée, l'urèthre et le mont de Vénus.

Les lèvres gauches, grande et petite, sont presque entièrement détruites par l'ulcération ; à leur place, on remarque des végétations

fongueuses, de couleur rosée, qui revêtent l'aspect de chou-fleur, et s'étendent à la paroi correspondante du vagin, sur une étendue de 3 centimètres. On ne retrouve plus la fourchette, de telle sorte que l'anus n'est plus séparé du vagin que par un intervalle de quelques millimètres. Une seconde ulcération recouverte de fongosités analogues a détruit le quart supérieur de la grande lèvre droite en empiétant sur la paroi correspondante du vagin. Nouvelle production de même nature, sur le mont de Vénus, s'étendant jusque vers la partie moyenne de la symphyse pubienne. Le méat urinaire, le vestibule et le clitoris ont en partie disparu au milieu de ces fongosités. Les surfaces ulcérées donnent continuellement issue à un liquide ichoreux, fétide, très abondant. Les bords sont indurés, taillés à pic, et comme dentelés; leur coloration est lie-de-vin.

Cette induration et cette teinte violacée se retrouvent sur la partie de la grande lèvre droite, qui a été respectée par l'ulcération. Deux petits prolongements sous-cutanés, de même nature et de même aspect, surmontent l'ulcération du mont de Vénus.

Nous sommes évidemment en présence d'un épithélioma de la vulve, qui s'est propagé au vagin et à l'urèthre, dans l'étendue de 2 à 3 centimètres. Malgré les graves désordres qui se présentent à notre observation, le mal est encore limité, les ganglions inguinaux sont sains, l'état général n'est pas trop altéré, et nous n'avons de chance de prolonger la vie que par une ablation complète des parties malades. Comme la région est très vasculaire, qu'elle comprend à la fois la vulve, le clitoris, le bulbe et une portion importante de l'urèthre et du vagin, nous donnons la préférence au couteau thermo-caustique du Dr Paquelin. Comme, d'autre part, cette opération, pour mettre à l'abri de l'hémorrhagie, demande à être faite avec lenteur, nous soumettons la malade à l'anesthésie chloroformique.

7 *avril* 1877. — Comme d'habitude, deux aides s'emparent des membres inférieurs qu'ils fléchissent sur l'abdomen, les genoux fléchis et écartés. Deux autres tendent les téguments voisins, pendant que l'instrument circonscrit l'ulcération à un centimètre en dehors de son pourtour, et que la dissection est faite, au moyen du couteau chauffé au rouge. L'opération dura 30 minutes et c'est à peine si nous eûmes besoin d'appliquer, pendant ce temps, deux ou trois pinces hémostatiques sur quelques vaisseaux ne saignant plus; nous cautérisâmes cependant leur orifice. Le premier pansement fut fait à l'aide d'une éponge et d'une couche d'ouate compressive. Le soir, nous le remplaçâmes par un pansement alcoolisé. Une sonde en caoutchouc fut introduite dans la vessie, afin que le canal de l'urèthre ne fût pas oblitéré ou rétréci par le travail de cicatrisation. Pas

d'autres accidents à noter qu'un peu de cystite du col, pendant les premiers jours, mais qui disparut rapidement. Le 11 mai, cicatrisation presque complète. La malade sort guérie.

Obs. CDIII. — *Fistule uréthro-vésico-vaginale, suite d'accouchement. Destruction presque complète de la paroi antérieure du vagin, la muqueuse vésicale faisant hernie entre les lèvres de cette perte de substance. Rétrécissement cicatriciel très étroit au-dessous de la fistule. Opération. Succès.* — Blanchet (Rosa), vingt-cinq ans, couturière, entre le 23 février 1878, salle Sainte-Marthe, 55. Bonne constitution. Pas d'antécédents pathologiques ou héréditaires. Réglée à dix-huit ans, menstruation irrégulière; elle ne voyait que tous les trois mois, encore les règles étaient-elles peu abondantes et très pâles. Jamais de leucorrhée ni de métrorrhagies. Première grossesse en 1876. Le 4 mars, accouchement avec le forceps d'un enfant à terme, mais mort. Le travail avait duré trois jours et trois nuits. Aussitôt après l'accouchement, les urines sortirent par le vagin, et continuèrent à s'écouler par ce conduit. La malade vint alors dans notre service, où nous constatâmes les phénomènes suivants : ténesme vésical, écoulement de l'urine par le vagin; les différentes positions verticale ou horizontale, la station assise, ne modifient en rien l'écoulement; mais sous l'influence de la volonté, son abondance est plus grande. La malade exhale une odeur urineuse. L'examen des organes génitaux externes nous révèle de l'érythème aigu et des couches calcaires épaisses autour de la vulve et à la partie interne et antérieure des cuisses, sur une étendue de quatre travers de doigt.

Par le toucher vaginal, on reconnaît que la paroi antérieure du vagin est presque complètement détruite; elle fait défaut depuis la lèvre antérieure du col jusqu'à deux centimètres du méat de l'urèthre. L'orifice qui provient de cette perte de substance est rempli par la muqueuse vésicale qui vient y faire hernie. Cet examen est rendu très difficile par la présence d'un rétrécissement cicatriciel, placé en avant de la perte de substance et qui occupe tout le pourtour du vagin. Ce rétrécissement, qui est formé de brides épaisses, dures, résistantes, offre une hauteur de un centimètre sur la paroi antérieure et de deux centimètres sur les parois latérales et postérieure. Il est tellement étroit, que pour le franchir et pour mesurer l'importance de la fistule uréthro-vésico-vaginale, il faut exercer, avec l'extrémité de l'index, une sorte de dilatation forcée. Il en résulte encore que l'examen au spéculum est presque impossible au delà du rétrécissement. Cependant lorsqu'on introduit une sonde dans l'urèthre et qu'on refoule, au moyen d'une valve de spéculum, la portion du vagin placée en arrière du rétrécissement, on voit que l'urèthre s'ouvre au milieu du tissu cicatriciel de la paroi antérieure du vagin, par une ouverture suffisamment large.

Aucune trace de déchirure sur la cloison recto-vaginale, il ne s'échappe par le vagin, ni gaz, ni matières fécales.

28 *mars* 1877. — Opération (voir pour la description, p. 679).

1er *avril.* — La réaction qui a suivi l'opération a été insignifiante. On enlève les fils le 12 avril. La malade sort complètement guérie le 2 mai.

Obs. CDIV. — *Fistule vésico-vagino-utérine. Autoplastie par avivement et suture des bords. Succès.* — Martin (Catherine), vingt-six ans, ménagère, entre le 4 septembre 1877, salle Sainte-Marthe, 54. Mère, morte à trente-cinq ans des suites d'une couche. Malade bien constituée. Réglée toujours régulièrement depuis l'âge de dix-huit ans. Il y a deux ans, fausse couche au troisième mois. Il y a sept mois et demi, accouchement difficile, les douleurs durèrent quatre jours. On employa le forceps pour attirer un enfant à terme, mais mort-né. Aussitôt après l'accouchement, la malade remarqua que l'urine s'écoulait continuellement au dehors, mais elle attribuait ce phénomène à une *faiblesse de la vessie*, et ne s'en préoccupait d'abord en aucune façon. Ce n'est que plus tard, par suite de l'érythème vulvaire déterminé par le contact de l'urine et des tissus, qu'elle pensa à voir un médecin.

Etat actuel. — Ténesme vésical; l'urine s'écoule par le vagin, quelque position que prenne la malade ; elle augmente au moment des efforts de miction, mais ne sort jamais en quantité quelconque par l'urèthre. Erythème vulvaire et intertrigo de la racine des cuisses; dépôts calcaires sur les grandes lèvres. Le toucher vaginal apprend que ce conduit a conservé ses dimensions normales dans la plus grande partie de son étendue; les parois postérieure, latérales et antérieure sont intactes jusqu'au niveau du museau de tanche. La lèvre postérieure du col et le cul-de-sac correspondant sont normaux, la lèvre antérieure en partie détruite n'est plus représentée que par une sorte de tubercule. A la partie la plus élevée du cul-de-sac antérieur, à gauche de la ligne médiane, existe une perte de substance au-dessous de laquelle on sent une petite bride cicatricielle étroite, transversale, limitant inférieurement la fistule. L'examen au spéculum montre que l'orifice fistuleux offre la largeur d'une lentille. Quand on introduit une sonde par le vagin, on voit que son extrémité libre s'engage, d'une part, d'avant en arrière dans la cavité du col de l'utérus, d'autre part, de bas en haut à la profondeur de plusieurs centimètres dans une direction difficile à préciser. Il est difficile en effet de savoir si cet orifice communique également par cette voie et plus haut avec la cavité utérine, ou s'il s'engage dans la cavité vésicale. Pour nous éclairer sur ce point, pendant que cette sonde est en place, nous en faisons passer successivement une dans la cavité utérine par l'orifice du col, et une dans la vessie par l'urèthre.

Cette double exploration ne nous permet pas de retrouver l'extrémité libre de la sonde introduite dans la fistule, ce qui prouve que le trajet est excessivement oblique et indirect. En injectant du lait dans la cavité vésicale, on voit qu'il y a communication entre la vessie et la cavité utérine ; le passage continu de l'urine par cette voie l'indique également. En résumé, cet examen démontre que la perte de substance vaginale seule, appréciable à la vue et au toucher, est le point de départ de deux fistules, l'une qui conduit dans la vessie, l'autre dans la cavité utérine ; la première, facile à constater, la seconde, difficile à explorer, à cause du tissu cicatriciel et de son trajet oblique.

4 septembre. — Chloroforme. Pour mieux nous rendre compte des rapports qu'affectent entre eux ces deux trajets fistuleux, nous incisons la partie antérieure du col de l'utérus qui recouvre le trajet vagino-utérin. Nous reconnaissons que ce trajet, situé au-dessous du tubercule dont nous avons parlé est à une profondeur de 1 centimètre, qu'il est court et n'offre rien de particulier. Cette petite opération nous permet de mieux explorer les rapports de l'utérus et de la vessie avec l'autre trajet fistuleux, et met à découvert une cavité accidentelle, sorte de réservoir urinaire, de 2 à 3 centimètres de diamètre, située entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus. C'est évidemment dans cette cavité que la sonde nous conduit. C'est là que s'ouvre l'ouverture vésicale. Pour bien guérir la fistule, il serait nécessaire de faire disparaître complètement cette cavité accidentelle, ou tout au moins d'en aviver largement les bords. Mais ici se présentent plusieurs difficultés : c'est tout d'abord la profondeur à laquelle est située la fistule et la nécessité où nous nous trouvons de prendre comme surface d'avivement le tissu utérin. Ce tissu est défavorable à la réunion, d'une part, en raison de sa nature spéciale (un tissu riche en éléments fibreux est de beaucoup préférable pour le travail de cicatrisation) ; d'autre part, en raison des contractions dont il est le siège. De plus, l'utérus est soumis à des déplacements constants de la part des intestins ou de la vessie. Néanmoins la fistule est placée à une hauteur telle, qu'il nous est impossible de prendre ailleurs notre surface d'avivement supérieur. Nous avivons donc le plus largement possible, d'une part, la lèvre antérieure du col, d'autre part, la muqueuse vaginale sous-jacente à la fistule. Nous adossons ensuite les surfaces cruentées et nous les unissons à l'aide de sutures à anses métalliques au nombre de huit, dont les extrémités sont fixées par une petite bande de diachylon. L'opération terminée, nous introduisons dans la vessie une sonde à demeure pour faciliter l'écoulement de l'urine, et prévenir le contact de ce liquide irritant avec les lèvres de la plaie. Les jours suivants, en effet, l'urine passa entièrement par la

sonde. Les suites de l'opération furent des plus satisfaisantes et des plus simples. Pas de réaction fébrile. Le lendemain de l'opération la malade eut quelques nausées, dues à l'action du chloroforme, qui nous firent craindre un moment la section des bords de la plaie par les fils métalliques. Il n'en fut rien heureusement. Pendant toute la durée de la cicatrisation l'état général se maintient excellent. Pas de complications du côté du péritoine. Appétit normal, sommeil tranquille. Le 15 septembre, on enlève trois fils, l'urine continue à s'écouler entièrement par la sonde. Le 30 septembre, on enlève les derniers fils, la cicatrisation est complète, la fistule est entièrement oblitérée.

La malade quitte le service le 19 octobre complètement guérie.

Obs. CDV. — *Fistule vésico-vaginale portant sur tout le bas-fond de la vessie. Autoplastie par avivement et suture des bords. Succès partiel. Deuxième opération pour obturer le pertuis restant. Péritonite par propagation. Mort.* — Couvert (Héloïse), vingt et un ans, ménagère, entre le 13 mai 1878, salle Sainte-Marthe, 51.

Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle. Menstruation régulière depuis l'âge de quinze ans. Primipare. L'accouchement eut lieu il y a huit mois et fut très laborieux, la malade resta trois jours dans les douleurs, le fœtus arrêté au détroit inférieur ne put être enlevé que par fragments ; on fit d'abord l'ablation d'un bras, puis on pratiqua la céphalotripsie ; néanmoins, l'accouchement ne pouvait s'effectuer et la sage-femme avait abandonné la malade quand les débris du fœtus furent expulsés spontanément. Au dire de la malade, la sage-femme rompit la poche des eaux le premier jour ; le même jour, le médecin sentant une tumeur bombée dans le vagin, fit une incision avec le bistouri. A partir du deuxième jour les urines coulèrent par la vulve. Le docteur Marchand, de Soissons, qui examina la malade plus tard, trouva un rétrécissement cicatriciel qu'il dilata progressivement avec des bougies. Il chercha également à dilater le vagin par des éponges. Cette double dilatation rendit à l'urèthre sa perméabilité, mais l'incontinence n'en continuait pas moins. Depuis la même époque, la malade a des époques menstruelles très pénibles, douleurs abdominales vives, fièvres, nausées, elle est obligée de garder le lit.

Etat actuel. — A son arrivée dans nos salles, la malade exhale une odeur urineuse. La vulve est le siège d'excoriations et de dépôts calcaires semblables à ceux que l'on observe chez les malades atteintes de fistule vésico-vaginale. Le doigt introduit dans le vagin trouve à 2 centimètres de la vulve un rétrécissement fibreux cicatriciel que le petit doigt lui-même ne parvient pas à franchir. La sonde introduite par l'urèthre passe librement au-dessus de cet obstacle. Rien par le toucher rectal et par le palper abdominal.

Nous tentons, le jour suivant, la dilatation progressive à l'aide du

doigt et de dilatateurs. Ces tentatives faites avec beaucoup de douceur sont mal tolérées et provoquent une inflammation aiguë de la vulve, du vagin et de la vessie, au point que la malade ne veut pas continuer à s'y soumettre. Cette inflammation et l'état fébrile qui l'accompagne tombent d'ailleurs à l'aide des injections émollientes et calmantes. Grâce à la dilatation obtenue, l'index passe et franchit aisément le rétrécissement. Il reconnaît au-dessus de lui les désordres les plus considérables. Toute la paroi antérieure et latérale du vagin jusqu'au col de l'utérus est détruite, ainsi que la paroi vésicale. Le col de l'utérus en partie détruit par les eschares est soudé aux débris de la paroi postérieure du vagin qui seule reste transformée en un cordon cicatriciel étroit et épais. En un mot, la destruction du vagin est tellement étendue que, immédiatement au-dessus du rétrécissement, on ne trouve plus que le fond et la paroi antérieure de la vessie que l'extrémité de l'index rencontre à nu, mobile et flottant dans toutes les directions. La muqueuse vésicale fait saillie même par la lumière du rétrécissement et celui-ci est trop étroit pour que nous puissions distinguer les orifices des uretères. D'ailleurs la malade veut être guérie rapidement et ne consent pas à être soumise à un traitement de longue durée. La dilatation de la partie supérieure du vagin n'est pas acceptée comme étant trop douloureuse. Elle serait néanmoins nécessaire pour rendre à cette partie assez d'étoffe pour permettre d'aviver et de rapprocher les bords opposés de la perte de substance vésicale. D'un autre côté, ce procédé nous exposerait à comprendre dans la suture les orifices vésicaux des uretères. Il ne nous reste donc en réalité, pour répondre aux indications, que l'occlusion vaginale au niveau du rétrécissement.

22 *juin* 1878. — Chloroforme. Pour mieux aviver les bords du rétrécissement, nous faisons à l'union des parois latérale supérieure et latérale inférieure une section qui comprend toute l'épaisseur des brides cicatricielles. Cette section nous permet d'aviver plus facilement et plus largement des tissus qui entrent dans la composition de l'anneau rétréci. Nous sommes gêné dans la manœuvre par la saillie de la vessie. Nous affrontons ensuite les lèvres avivées, nous les suturons et nous passons suivant notre habitude une sonde à demeure par l'urèthre.

23. — T. M = 37°,8. S = 38°. P = 92. La malade urine complètement par la sonde. Etat général satisfaisant.

24. — T. M = 37°. S = 37°6. Appétit. Sommeil.

25. — T. M = 38°. P = 100. Douleurs abdominales vives, quelques nausées, écoulement sanguin peu abondant, c'est l'époque menstruelle. Cataplasmes laudanisés sur le ventre. Boissons glacées.

26. — Tous les accidents ont disparu. La malade se trouve bien.

Température = 37°,2. P = 96. A partir de ce moment, température et pouls normaux, pas de nouveaux accidents.

6 *juillet* 1878. — On enlève les fils, la réunion est obtenue dans la plus grande partie de la suture. Seul, un point reste fistuleux sur la partie latérale gauche à 4 centimètres de la vulve. Cautérisations. Quelques jours après, la malade quitte le service à peu près complètement guérie. Au commencement du mois de novembre suivant, elle rentre à l'hôpital, nous demandant de la guérir du point fistuleux qui est resté à la suite de la première opération. Nous accédons à son désir le 23 novembre.

Chloroforme. — Écartant les parois du vagin avec un spéculum de Sims, nous avivons largement les bords de la solution de continuité, et nous appliquons ensuite cinq points de suture métalliques au moyen des aiguilles courbes et du chasse-fils construit par Mathieu. Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, l'état de la malade fut satisfaisant, mais le quatrième jour il se manifesta une poussée de péritonite qui, malgré un traitement énergique, l'emporta deux jours après.

Organes urinaires proprement dits (1).

Obs. CDV *bis*. — Exstrophie de la vessie et vice de conformation des organes génitaux externes chez une femme.

Obs. CDV *ter*. — Corps étranger introduit par l'urèthre dans la vessie.

Obs. CDV *quater*. — Polype de l'urèthre. Récidive. Excision à l'aide de ciseaux courbes et du bistouri.

Périnée.

Obs. CDV *quinquies*. — Déchirure du périnée consécutive à un accouchement. Périnéorraphie. Succès.

(1) Par suite d'une erreur de mise en pages, les observations CDV *bis* et suivantes, ont été omises; on les trouvera *in extenso* à la fin des observations, page 903.

CHAPITRE X

MALADIES DE LA MAMELLE

Les 20 observations comprises dans ce chapitre se rapportent à des affections de différente nature, inflammations, fibrômes, kystes, sarcômes; la dernière est relative à un squirrhe mammaire observé chez un homme. Les observations renfermées dans cette partie de notre ouvrage présentent certainement des points intéressants, soit au point de vue de la forme ou de la marche de la maladie ; malheureusement on ne peut pas déduire grand'chose de 11 faits observés pendant un an; nous avons donc pensé qu'il serait bon de voir si, en les réunissant à ceux des volumes précédents, nous n'aurions pas les éléments d'une bonne statistique. Depuis celle de Billroth à Zurich (1867), on en a publié un certain nombre, établies d'après les mêmes principes, et destinées à mettre en évidence, soit différents points relatifs à l'étiologie, soit la valeur des procédés opératoires ou les chances de guérison radicale. Nous devons avouer que, dans les hôpitaux de Paris, nous sommes dans des conditions peu favorables pour un tel travail; M. Billroth à Zurich et M. Estlander à Helsingfors étaient à peu près certains de revoir leurs opérées, de pouvoir suivre la récidive, au besoin d'intervenir à temps, dans tous les cas d'avoir des données précises sur la durée totale du processus. A Paris, les malades viennent un peu de partout; elles quittent nos services la plaie fermée, et il est rare qu'elles y rentrent lors de la récidive, de sorte que sous ce rapport nous nous trouvons dans des conditions beaucoup moins favo-

rables que les chirurgiens de villes moins importantes. Malgré tout, nous préférons rapprocher nos matériaux tels qu'ils sont ; mieux vaut des éléments défectueux que rien du tout.

Le tableau ci-dessus comprend 37 cas observés dans un laps de cinq ans, de 1874 à 1879.

Hérédité. — Chez 3 malades seulement on a relevé des antécédents héréditaires de cancer ; 8 autres ont répondu d'une manière négative; les observations sont muettes dans tous les autres cas.

Age. — Cinq personnes étaient âgées de trente à quarante ans, 12 de quarante à cinquante, 14 de cinquante à soixante, enfin 4 de soixante à soixante-dix. Cette distribution semble indiquer que la fréquence maximum du cancer est entre la cinquantième et la soixantième année ; en fait, cette manière de voir est exacte; notons toutefois que les cas sont plus nombreux entre cinquante et cinquante-cinq qu'entre cinquante-cinq et soixante ; si nous nous rappelons, en outre, qu'il y a beaucoup plus de cancers mammaires avant cinquante ans qu'après soixante, nous expliquerons très bien comment la moyenne prise sur 37 cas nous donne 49, 6.

Allaitement. — Dix malades avaient allaité une ou plusieurs fois; 7 étaient nullipares ou n'avaient jamais nourri ; dans 20 observations cette circonstance n'est pas indiquée.

Traumatisme. — On l'a noté sept fois; nous avons dit, à plusieurs reprises, qu'il ne faut tenir que médiocrement compte des récits des malades sous ce rapport ; en France l'opinion populaire tend à rattacher d'une manière absolue l'origine des tumeurs mammaires au traumatisme ; aussitôt que les femmes découvrent un point d'induration dans l'un des deux seins, elles s'ingénient à retrouver dans leur mémoire un froissement ou un choc souvent insignifiant ; tous les traumatismes enregistrés ici avaient eu de l'importance, quelques-uns même avaient été suivis d'accidents immédiats.

La malade de l'obs. CDXIII (Clin. de 1875), reçoit un coup de coude sur le sein ; trois semaines après elle remarqua vers la limite de la mamelle et sur le côté externe une petite tumeur profonde, dure, indolente ; elle disparut assez vite ;

mais, deux ans plus tard, elle se montra de nouveau au même point et suivit cette fois la marche ordinaire du cancer. Une autre (Clin. de 1876, obs. CD), n'ayant allaité qu'une fois, se heurte violemment le sein droit contre le rebord d'un lit; neuf semaines plus tard, elle voit apparaître au point précis où a porté le choc, une induration qui augmente rapidement de volume. Une femme de cinquante ans (Clin. de 1876) ayant eu huit enfants (elle en a allaité plusieurs elle-même), et dont la mère est morte d'un cancer utérin, reçoit un coup de chaise sur le sein gauche; immédiatement elle ressent en arrière du mamelon, de vives douleurs qui persistent; au bout d'un mois la rétraction commence ; une autre (obs. CDXVII de ce volume) ressent également des douleurs après une chute dans laquelle le sein avait porté violemment contre un corps dur, puis tout disparaît; mais neuf mois plus tard, cette malade s'aperçoit qu'elle a une tumeur déjà grosse. On peut voir dans tous ces faits des coïncidences ; dire que le néoplasme existait déjà au moment du traumatisme, qu'au lieu d'en être la cause, celui-ci n'a fait qu'attirer l'attention sur la région et montré l'existence d'une zone circonscrite d'induration, cette manière de voir se concilie difficilement avec les faits. Chez certaines malades il y a des douleurs vives et tout disparaît, la tumeur ne se montre qu'au bout de plusieurs mois ; chez d'autres le processus est continu, le petit foyer d'inflammation qui suit le traumatisme ne se résorbe point, et le cancer semble la conséquence immédiate de celui-ci. On aurait tort de le chercher toujours et quand même, et de faire, comme beaucoup de gens étrangers à la médecine, des tumeurs malignes du sein une affection exclusivement traumatique ; en revanche les faits démontrent que chez une femme prédisposée, un coup ou bien un choc peuvent en être la cause occasionnelle.

Côté. — Le sein droit a été pris 18 fois et le gauche 19.

Début. — Au moment de l'entrée des malades, l'époque du début remontait à des intervalles variant entre douze ans et trois mois; quelques-unes avaient été déjà opérées et avaient eu ainsi une tranquillité de plusieurs années.

Tableau récapitulatif des cancers du sein traités dans notre service de 1874 à 1879.

ANTÉC. HÉRÉD.	AGE.	ALLAITEMENTS.	TRAUMATISME.	SIÈGE.	DURÉE av. la 1re opérat.	NATURE de la tumeur.	TRAITEMENT Bistouri.	TRAITEMENT Caustique	TRAITEMENT Expectat.	RÉSULTATS. MORT.	RÉSULTATS. GUÉRISON.	RÉSULTATS. RÉCIDIVE. Temps.	RÉSULTATS. RÉCIDIVE. Siège.	ÉPOQUE du dernier examen après l'opérat.	INDICATIONS bibliographiques	OBSERVATIONS.
	51			s.d.	6 ans	Epithé. puis sq.		1				6 mois	Cicatr.		Cl. 1875, obs. CDXII; 1876, observation CCCLXXXIX	
							1					6 mois	2 cent. de la plaie.		Cliniq. 1878.	Gangl. dans l'aisselle.
							1		1			1 an	Gang. sterno-mastoïdien.			
Aucun	40	6	1	s.g.	3 ans	Sq.	1				1			15 jours	Clin. 1875, CDXIII.	Le traumat. avait été suivi d'une tumeur temporaire; la tumeur n'apparut que 3 ans plus tard.
	53			s.g.	4 ans	Carc. kyst. mou.	1				1			12 jours	» CDXIV.	
	65			s.g.	3 ans	Sq.	1			1 Septicém.					» CDXV.	
	57	Aucun		s.d.	6 mois	Sq.	1			Br. capil.					» CDXVI.	Gangl. axillaire pris et enlevé avec le cancer.
	47	3		s.g.	8 mois	Sq.	1				1			20 jours	» CDXVII.	Depuis 3 ans angiome du bras, att de dégén. épithél. gang. ax. vol.
Aucun	55	4		s.d.	12 ans	Sq.	1					14 mois	Cicatr.		» CDXVIII.	Récid. sous form. de carc. mou.
								1		1 Erys.						
Oncle cancér.	65	Aucun		s.g.	5 ans	Canc. en cuir.									Cliniq. 1876, XCD.	OEdème du bras corr., rien dans l'aisselle.
	36			s.d.	6 mois	Sq.	1		1		1			17 jours	Cl. XCDI.	
	62			s.g.	10 mois	Carc. mou	1			1 Erys.					» XCDII.	Malad. de la ville. Gang. pris et enlevé.
	43			s.g.	4 mois	Sq.	1				1			25 jours	» XCDIII.	2 gangl. ax. pr. et enlev. Erys. phlyct. après l'ablation.
	39			s.d.	6 mois	Sq.	1				1			10 jours	» XCDIV.	Gang. ax. pr. et enlev.
	51			s.g.	3 mois		1				1					Gang. pr. et enlev. Erys. amb.
	45			s.d.		Sq.						17 mois	Tis. cell. vois.		» XCDV.	Mal. de la ville. Gang. pris et enlev. la 1re fois.

	33			s.d.	15 ans.	Sq.	1					6 mois	Cicatrice.	15 jours	» XCDVII	Tum. dével. sur une ind. anc. Inv. et extr. des ganglions lors de la récidive.
							1							1 mois		
Aucun	48	Aucun		s.d.	3 mois	Sq.	1				1			12 jours	» XCDVIII	Gangl. ax. env. et enlev.
	51		1	s.d.	2 ans	Sq.	1				1			3 mois	» XCDIX	id.
	51	1	1	s.d.	18 mois	Sq.	1		1	1 Cancer pleuro-pulmonaire.		1 mois	Sein gauche.		» CD	Gangl. env. lors de l'op. mort 6 mois plus tard.
	59			s.d,	15 mois		1				1			15 jours	» CDI	Gangl. pris et enlevé.
	52	Aucun	1	s.g.	16 mois		1				1			6 sem.	» CDII	id.
Mère cancér.	50	plus?	1	s.g.	10 mois	Sq.	1				1			1 mois	» CDIII	id.
	45	Aucun		s.g.	4 ans.		1			1 septicém.					» CDIV	Ganglion axillaire pris et enlevé.
	42	Aucun	1	s.d.	1 an.	Sq.	1				1			3 sem.	Clin. 1878	id.
Aucun	46	plus.		s.d.	2 ans.	Sq.	1				1			id.		id.
	39	id		s.d.	3 mois	Sq.	1				1			id.		id.
Aucun	47	id	1	s.d.	3 mois	Sq.	1				1			id.		
Mère cancér.	61	id		s.g.	8 mois	Sq. atroph.	1				1			15 jours		id. Œdème du bras.
	50	plus.		s.g.	3 ans	Car. mou.	1				1			2 mois		
Aucun	42	?		s.g.	10 mois	Sq.	1				1			id.		Gang. ax. env. et extr. Erys. du dos.
id.	44	Aucun		s g.	4 mois	Sq.	1				1			mois		
id.	57			s.g.	10 mois	Sq.	1				1			id.		Erysipèle.
	67			s.g.	18 mois	Sq.	1				1			18 jours		Gangl. ax. env. et enlevé.
	45			s.d.	4 mois	Sq.		1	1	1		1 an	Général.			

Nature des tumeurs. — Trois carcinômes mous (encéphaloïdes), un cancer atrophique et un cancer en cuirasse ; tous les autres étaient des squirrhes.

Traitement. — Deux fois seulement nous avons eu recours aux caustiques. Les résultats obtenus ne sont pas encourageants ; une des malades atteinte d'un épithélioma du mamelon au début eut une récidive, l'autre mourut d'érysipèle. Dans 4 cas les désordres étaient trop avancés pour qu'on pût songer à une intervention opératoire.

Restent 31 cas de cancers du sein. dans 21 desquels il y avait en même temps des ganglions dans l'aisselle. Nous enlevâmes largement, suivant notre procédé, la tumeur et les glandes envahies. Nous eûmes 4 cas de mort, 2 par septicémie, 1 par bronchite capillaire et 1 par érysipèle (amputation du sein pour un carcinôme mou), et 27 guérisons de la plaie ; or sur ces 27 guérisons, nous avons revu quatre personnes ayant des récidives ; chez deux, la nouvelle tumeur se montra dans la cicatrice ou au voisinage ; la première de ces deux personnes fut opérée deux fois par le bistouri ; lors de sa dernière visite à l'hôpital elle était en état de cachexie avancée, et cependant il n'y avait rien ni sur la poitrine ni aux ganglions de l'aisselle ; en revanche ceux du cou étaient pris. La tumeur ayant débuté sous forme d'un épithélioma du mamelon avait été opérée une fois par les caustiques et trois fois par le bistouri ; la généralisation et l'état cachectique arrivèrent quatre ans après la première intervention.

Chez une autre personne un noyau cancéreux se montra dans le sein gauche, un mois après l'amputation du sein droit ; la mort fut consécutive à une pleurésie cancéreuse. Enfin dans le quatrième cas, il y eut également généralisation quatre ans après l'opération, qui avait été faite en ville. Nous ne pouvons rien dire des autres malades, quelques-unes sont revenues à l'hôpital pendant quelques jours après leur sortie, puis nous avons cessé de les voir.

Obs. CDVI. — *Mammite de la puberté chez une jeune fille.*

Foulon (Euphémie), douze ans, fleuriste, entre le 30 juillet 1877. N'est pas encore réglée. Il y a 18 mois, elle a commencé à avoir mal

au sein gauche qui est devenu plus douloureux et s'est gonflé : ce gonflement a disparu au bout de six mois. Puis le sein droit a été pris à son tour.

Sein droit plus volumineux que le gauche ; rougeur, gonflement, dureté et saillie du mamelon. Souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux du cou.

Traitement. — Cataplasmes.

Quinze jours après la malade revient à la consultation. La rougeur et le gonflement ont disparu. Il ne reste plus qu'une sensibilité très légère au niveau des seins.

Obs. CDVII. — *Abcès sus-mammaire chez une femme ayant cessé subitement d'allaiter. Ouverture par le bistouri. Guérison.*

Vanius (Pauline), vingt-trois ans, lingère, entre le 13 octobre 1878, salle Sainte-Marthe, 45.

.Bien constituée, sans maladie antérieure. Accouchement à terme il y a 1 mois : enfant bien portant. Elle a allaité pendant 10 jours, mais le moins souvent possible, à cause de douleurs causées par des gerçures aux seins.

Cinq jours après la cessation complète de l'allaitement, douleurs vives, surtout dans la mamelle gauche qui est le siège d'un gonflement; rougeur de la peau.

Tumeur du volume d'un œuf de pigeon située à la partie externe et inférieure du mamelon gauche. Peau rouge, luisante et chaude. Fluctuation manifeste bien limitée, peu profonde.

Le reste de la mamelle a son volume normal. Le tissu sous-mammaire paraît sain : on ne provoque aucune douleur en déplaçant la glande. Il ne sort pas de pus par le mamelon. Rien dans l'aisselle.

1er *novembre.* — Ouverture de l'abcès par le bistouri. Pus bien lié sans odeur particulière, ne contenant pas de gaz. Cataplasmes.

5. — Suppuration modérée.

9. — Guérison.

Obs. CDVIII. — *Phlegmon de la mamelle. Abcès intra-mammaires. Ouverture. Guérison.*

· Hermont (Florence), vingt-cinq ans, caissière, entre le 27 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 40. Femme très forte, vigoureuse, réglée pour la première fois à 11 ans, l'a toujours été régulièrement depuis. Fièvre typhoïde à 12 ans; pas d'enfants ni de fausse couche. Huit jours avant son entrée dans le service, douleurs et gonflement du sein droit, sans cause connue.

On constate une tuméfaction générale de la mamelle droite, rougeur de la peau affectant la forme de trois îlots dont deux sont situés au-dessus du mamelon et un en dedans et un peu au-dessous ; chaque îlot représente la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent. La peau en ces points est tendue et luisante, chaude. Dou-

leurs vives, lancinantes aux points enflammés. Au palper la glande ne présente pas de gonflement général, les lobes paraissent sains, ainsi que le tissu sous-mammaire, mais au niveau des îlots rouges la douleur devient très vive à la pression et l'on reconnaît facilement un point central mou et fluctuant.

Pas d'angioleucite, pas de symptômes généraux.

28 *juin.* — Cataplasmes laudanisés.

30. — Ouverture des trois abcès avec le bistouri; ouverture très étroite ne laissant sortir le pus qu'assez difficilement et par pression sur les parties environnantes. Cataplasmes. On introduit dans chaque ouverture un petit drain pour maintenir les deux lèvres béantes.

5 *juillet.* — Un autre petit point rouge fluctuant est apparu depuis deux jours au-dessus du mamelon près des points primitifs.

6. — Ouverture par le même procédé, même pansement.

10. — On supprime les cataplasmes. Les drains sont ôtés. Suppuration presque tarie.

13. — La malade quitte le service.

Obs. CDIX. — *Hypertrophie de la mamelle droite. Ablation. Guérison.*

Weber (Christine), cinquante-deux ans, couturière, entre le 9 juillet 1877, salle Sainte-Marthe, 46. Bonne santé habituelle, menstruation régulière depuis l'âge de 20 ans; il y a 30 ans, un enfant bien portant qu'elle n'a pas nourri.

Depuis quatre mois, le sein droit a augmenté rapidement de volume, en restant indolent, mais dans les derniers temps son poids est devenu si gênant, que la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Le sein gauche est normal, le sein droit, mesure 62 centimètres de circonférence, il est globuleux. Rougeur de la peau semblant siéger dans l'épaisseur du derme, et non au-dessous de l'épiderme. Dilatation des follicules sébacés, donnant un aspect chagriné mais uni et sans enfoncement du derme. Marbrures produites par la dilatation des veines sous-cutanées. Le mamelon est étalé, mais non rétracté, l'aréole a disparu au milieu du changement de coloration. Au toucher la peau et le tissu cellulaire sont plutôt œdématiés qu'adhérents; en faisant glisser les téguments, on voit plus nettement les orifices des glandes sébacées, mais on ne produit pas la peau d'orange. La surface de la tumeur est recouverte de larges bosselures peu élevées. Consistance homogène fibroïde, sans points ramollis ou fluctuants. La tumeur ne semble pas contenir de kystes. Pas de douleurs spontanées à la pression; rien dans les ganglions.

21 *juillet.* — Chloroforme, les bras sont maintenus élevés et un aide soutient la tumeur afin qu'elle ne comprime pas trop le thorax pendant l'anesthésie. Nous faisons à l'aide du bistouri une inci-

sion elliptique circonscrivant environ le tiers des téguments qui recouvrent la tumeur, puis nous disséquons ensuite la peau à sa surface; il n'existe pas d'adhérences profondes. Pendant le cours de l'opération nous plaçons un grand nombre de pinces sur les veines qui sont très dilatées; une seule artère volumineuse donne du sang. L'opération terminée, ces pinces peuvent être enlevées à l'exception de deux; nous ne conservons des téguments que ce qu'il en faut pour qu'il n'y ait pas de perte de substance et nous réunissons les lèvres de la plaie à l'aide de 6 épingles. Une ouverture est ménagée à la partie déclive pour faciliter l'écoulement du pus et l'introduction des mèches de charpie. Pansement alcoolisé.

Coupe de la tumeur. — Infiltration du tissu cellulaire; kystes lacunaires très petits et très nombreux, le parenchyme mammaire a en partie disparu au milieu d'un tissu embryonnaire.

22 *juillet.* — T = 37°,8. P = 86. On enlève les deux dernières pinces. Pansement alcoolisé. Bouillon, potage.

23. — T = 37°,6. P = 82. Même pansement. La malade demande à manger. Potage, rôti.

24. — T et P normaux. On enlève trois épingles que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées.

25. — On enlève les dernières épingles; réunion partielle des lèvres de la plaie. Lavages et pansement alcoolisé.

A partir de ce moment la cicatrisation s'effectue normalement et sans accident. La suppuration fut assez abondante jusqu'au 4 août, puis se tarit progressivement.

8 *août.* — On commence à réprimer, par des cautérisations au nitrate d'argent, des bourgeons charnus exubérants.

15. — On supprime la mèche alcoolisée. Pansement simple de la plaie.

23. — Cicatrisation complète. La malade quitte le service.

Obs. CDX. — *Adénôme kystique du sein gauche. Ablation.* — Saget (Marie), vingt-deux ans, boutonnière, entre le 15 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 54. Réglée à quinze ans, menstruation irrégulière jusqu'à dix-huit ans, régulière depuis cette époque; sang fortement coloré, quelquefois mélangé de caillots. Ni enfant, ni fausse couche. En 1874, panaris de l'annulaire droit; résection de la première phalange à Saint-Louis. Il y a cinq ans, chute, dans laquelle le sein gauche reçut un coup violent; à ce moment la malade constata la présence d'une tumeur dure, peu volumineuse, complètement indolente, au-dessous du mamelon. Depuis quatre mois, à la suite d'un nouveau choc, le sein est devenu douloureux et a légèrement augmenté de consistance à la partie moyenne.

Le sein gauche est à peine déformé; à part un peu de soulèvement de l'aréole et du mamelon il ressemble en tout point à celui du côté

opposé. La peau est normale et ne présente ni rides, ni vaisseaux dilatés, ni changement de coloration. Néanmoins, au-dessous de l'aréole, elle est bosselée et distendue, et laisse voir par transparence de petites cavités kystiques d'une coloration bleuâtre qui rappelle celle des veines. Si on plisse la peau elle ne prend pas l'aspect chagriné. La mamelle a conservé sa consistance dans la plus grande partie de son étendue. Au-dessous du mamelon, tumeur du volume d'un œuf de poule, assez bien limitée, adhérente au parenchyme mammaire, indépendante de la peau et du tissu cellulaire. Sa consistance, dure, élastique, homogène, rappelle celle des productions adéno-kystiques. Sa surface est recouverte de petites bosselures granulées, moins étendues que celles de l'enchondrôme. Douleurs spontanées vagues, légères, intermittentes. A la pression, la tumeur est plutôt sensible que douloureuse. Rien dans les ganglions. En un mot cette tumeur présente tous les caractères des productions bénignes. Elle n'a pas la teinte jaunâtre transparente caractéristique des kystes sébacés; d'ailleurs nous ne retrouvons pas du côté de la peau le point noir qui représente l'orifice glandulaire obstrué. Nous n'avons pas affaire à une tumeur franchement kystique, ainsi que le démontrent les granulations qui recouvrent sa surface. Nous sommes portés à admettre une hypertrophie partielle du parenchyme mammaire avec dilatation kystique des culs-de-sac glandulaires. La douleur dont la tumeur est le siège, sa tendance à croître continuellement démontrent que l'ablation est indiquée.

23 *juin*. — Chloroforme. Incision transversale de 6 centimètres, à un travers de doigt au-dessous du mamelon. Dissection de la peau et du mamelon que nous voulons conserver. Rétraction des lèvres de la plaie à l'aide de pinces hémostatiques. La tumeur n'est pas nettement enkystée, elle envoie dans le parenchyme de la mamelle quelques tractus fibreux que nous détruisons avec le bistouri. Peu de sang pendant l'opération.

Nous réunissons les lèvres de la plaie par quatre points de suture en laissant à la partie déclive une ouverture suffisante pour l'écoulement du pus et l'introduction d'un tube de caoutchouc troué. Pansement avec l'eau alcoolisée. Une seule pince hémostatique est laissée dans la plaie pendant vingt-quatre heures.

24. — T M=37°,6. P=70. — Bonne nuit. Appétit, la malade se trouve très bien. Même pansement.

25. — T et P normaux. Rien de particulier.

27. — On enlève les épingles que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnée. Ouverture d'un petit abcès situé à l'angle externe de la plaie. Léger état fébrile. Purgatif.

28. — Mieux accentué. Bonne nuit. Appétit.

6 *juillet*. — Cicatrisation complète. Départ pour le Vésinet.

Obs. CDXI. — *Fibrôme du sein droit. Ablation. Guérison.* — Cellier (Hermine), vingt-deux ans, tapissière, entre le 5 juillet 1878, salle Sainte-Marthe, 46. Pas d'hérédité. Ophthalmie dans l'enfance. Pas d'autres antécédents scrofuleux. Menstruation régulière depuis l'âge de quatorze ans et demi. Règles peu abondantes, sans caillots. Leucorrhée dans l'intervalle; nullipare. Il y a quatre ans elle remarqua à la partie supérieure et interne du sein droit une tumeur du volume d'une noisette, sous-cutanée et sans adhérences avec la peau, mais peu mobile sur les parties profondes, très dure et complètement indolente.

Peu à peu la tumeur augmente de volume en conservant sa consistance et son indépendance des téguments, mais six mois après son début, elle devient le siège de douleurs vives, lancinantes, intermittentes, apparaissant surtout au moment des changements de temps et à la suite de la fatigue. Plus tard les douleurs s'irradièrent vers l'omoplate du même côté et finirent par persister exclusivement dans cette région.

La partie supérieure et interne du sein droit est déformée par une tumeur arrondie convexe du volume d'une grosse noix. La peau, soulevée et un peu distendue, a conservé ses caractères. Au toucher elle glisse facilement à la surface de la tumeur sans prendre l'aspect chagriné. La tumeur est solide, dure, de consistance fibreuse, bien circonscrite au milieu du parenchyme mammaire auquel elle adhère par sa périphérie; sa surface est lisse, unie, sans bosselure apparente. Pas de douleurs spontanées, mais sensibilité à la pression du côté de la tumeur. Dans la région de l'omoplate la malade éprouve au contraire des douleurs sourdes, contusives, continues. Rien dans les ganglions axillaires. Malade anémique : muqueuses pâles, décolorées, teinte verdâtre de la face, étourdissements, vertiges. Nous portons le diagnostic : fibrôme.

6 *juillet.* — Chloroforme. Incision transversale à la surface de la tumeur, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La tumeur est développée au milieu du tissu de la glande, dont elle semble complètement indépendante. Elle est en tous points isolée, limitée par une sorte de coque fibreuse propre qui la relie aux parties voisines par des tractus celluleux assez lâches. Cette disposition en rend l'ablation facile. L'opération terminée, nous plaçons un drain au fond de la plaie, dont nous réunissons les deux tiers supérieurs à l'aide de quatre points de suture métallique isolés. Aucune pince hémostatique n'est laissée dans la plaie. Pansement avec la tarlatane imbibée d'eau alcoolisée phéniquée. Compression ouatée. Les suites furent des plus simples. Il n'y eut pas de réaction fébrile, pas d'accidents locaux. Le quatrième jour les points de suture furent enlevés, les deux tiers supérieurs de la plaie étaient réunis par première inten-

tion. Le tiers inférieur cicatrisa rapidement et régulièrement. La malade sortait complètement guérie le 24 juillet 1878, dix-sept jours après l'opération.

Obs. CDXII. — *Myxôme du sein gauche. Ablation.* — Montier (Hyacinthe), trente-sept ans, femme de ménage, entre le 9 novembre 1878, salle Sainte-Marthe, 36. Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle. Menstruation régulière depuis l'âge de onze ans. Les règles durent quatre ou cinq jours, sont peu abondantes mais fortement colorées. Nullipare. Fièvre typhoïde il y a quatre ans. Il y a un an, elle remarqua accidentellement qu'elle portait à la partie inférieure du sein gauche une tumeur du volume d'une noix, dure, solide, mobile sous la peau et complètement indolente. Cette tumeur s'est d'abord développée lentement et progressivement sans déterminer aucune espèce de troubles fonctionnels. Depuis trois mois son évolution a été plus rapide ; elle est devenue le siège de douleurs sourdes, contusives, intermittentes, exagérées par la pression et les mouvements du membre supérieur droit. Ces accidents déterminent la malade à entrer à l'hôpital.

La tumeur siège à la partie la plus inférieure de la mamelle ; elle est ovoïde, à grand axe dirigé transversalement. Son volume est celui d'un gros œuf de poule ; son bord supérieur répond à la circonférence de l'aréole, son bord inférieur fait saillie au-dessus du sillon sous-mammaire. La peau qui la recouvre présente une teinte rouge violacée ; au pourtour on voit ramper quelques veines superficielles, dilatées et bleuâtres. Au toucher la tumeur est dure, solide, de consistance homogène, sarcomateuse, sans points ramollis ou fluctuants, sa surface extérieure est adhérente à la peau. Celle-ci, lorsqu'on la plisse, se ride et offre l'aspect pointillé d'une peau d'orange. La face profonde et la périphérie de la tumeur se confondent insensiblement avec le tissu mammaire, sans qu'il soit possible d'en déterminer exactement les limites. Rien dans les ganglions axillaires. L'état général est satisfaisant ; les organes thoraciques et abdominaux sont sains.

9 *novembre.* — Chloroforme. Nous traçons à l'encre les limites de notre incision. Nous pratiquons ensuite l'ablation non seulement de la tumeur, mais de toute la glande mammaire et de la portion des téguments adhérents. Nous prolongeons notre incision au côté externe du sein vers la partie déclive afin d'éviter la rétention du pus. Les bords de l'incision sont ensuite réunis dans les deux tiers internes à l'aide de huit points de suture métallique. Le tiers externe de la plaie est maintenu béant pour l'introduction d'une mèche imbibée d'eau alcoolisée phéniquée, et munie d'un drain qui permet l'écoulement des liquides et les lavages. Pansement alcoolisé et ouaté compressif maintenu à l'aide d'un bandage de corps. Huit pinces hémostatiques.

Diagnostic histologique : Myxôme. — Les suites de l'opération furent d'abord très simples : la température pendant les trois premières semaines ne dépassa pas 38°,6, la cicatrisation s'effectua normalement, les fils furent enlevés le quatrième et le cinquième jour et remplacés par des bandelettes agglutinatives. La réunion par première intention était obtenue à cette époque dans les deux tiers internes de la plaie. La cicatrisation s'effectuait normalement et il ne restait plus qu'une petite plaie superficielle, quand, le 3 décembre, un érysipèle se développa sur les bords de celle-ci. Nous fîmes passer la malade dans nos salles d'isolement. Badigeonnage d'éther et térébenthine. Cet accident ne fit que retarder la guérison de quinze jours.

Obs. CDXIII. — *Sarcôme du sein droit. Ablation par le bistouri.* — Mayeux (Angélique), cinquante ans, ménagère, entre le 23 mai 1877, salle Sainte-Marthe, 54. Bonne constitution. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée régulièrement de douze à quarante-huit ans. Trois enfants, pas de fausse couche. Il y a deux ans, douleurs dans le bras droit. Depuis quinze mois, développement d'une tumeur dans la partie supérieure et externe du sein droit. Au début, évolution lente, sans gêne ni douleur. Depuis deux mois marche plus rapide, douleurs lancinantes dans la mamelle, fourmillements dans la région scapulaire postérieure. Application d'alcool camphré sans résultat ; la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Le sein droit, à peine plus volumineux que le gauche, présente dans sa partie supérieure et externe des saillies mamelonnées qui soulèvent la peau. Celle-ci a sa coloration ordinaire et ne présente aucune trace de vascularisation. Pas de suintement ichoreux. Mamelon aplati plutôt que rétracté. En dehors de celui-ci existe un cercle rouge érythémateux du diamètre d'une pièce de deux francs, dû à une brûlure par l'alcool, au dire de la malade. Au toucher, tumeur occupant les deux tiers supérieurs et externes de la glande, assez bien limitée, dure, de consistance homogène sarcomateuse, sans points ramollis ou fluctuants, paraissant confondue avec le parenchyme mammaire. La surface est recouverte de mamelons aplatis séparés par des sillons superficiels, et adhérente à la peau ; lorsqu'on plisse celle-ci entre les doigts, elle prend l'aspect ridé d'une peau d'orange. La tumeur est mobile sur les muscles pectoraux et n'envoie aucun prolongement profond ou périphérique appréciable. Rien dans les ganglions axillaires.

2 *juin.* — Ablation de la totalité du sein au moyen d'une incision elliptique.

Rapprochement des deux tiers internes des lèvres de la plaie par cinq points de suture métallique.

Mèche de charpie munie d'un tube fenêtré de caoutchouc à la partie déclive. Pansement alcoolisé.

Six pinces hémostatiques sont laissées dans la plaie pendant vingt-quatre heures et préviennent toute hémorrhagie.

3. — T M=37°,6. S=38°. P=96. — La malade mange avec appétit.

4. — Même état. On enlève deux fils métalliques.

5. — Ablation des trois derniers fils.

L'état général est très satisfaisant. Les lèvres de la plaie sont en partie réunies. Bandelettes de tarlatane collodionnée.

La cicatrisation s'obtient presque entièrement par première intention et la malade sort le 12 juin. Il ne reste plus qu'une plaie insignifiante.

Obs. CDXIV. — *Sarcôme des deux mamelles, plus développé à droite qu'à gauche. Ablation du sein droit.* — Coutellier (Eugénie), trente-huit ans, cordonnière, entre le 13 juillet, salle Sainte-Marthe, 38. Réglée très régulièrement depuis l'âge de onze ans et demi. Forte constitution, jamais de maladies graves.

Il y a six mois elle a remarqué, par hasard, une tumeur dure, indolente, non adhérente à la peau, à la partie supérieure du sein droit. Évolution très lente, sans aucune espèce de douleur.

Le sein droit, plus volumineux que le gauche, n'est pas sensiblement déformé. La peau distendue a conservé sa coloration; dans la moitié supérieure, elle est luisante et présente de petites bosselures granuleuses, régulièrement espacées et séparées par des dépressions qui répondent aux orifices dilatés des glandes sébacées. Le mamelon est affaissé, mais non rétracté, il ne présente ni ulcération, ni suintement ichoreux. Au pourtour de la mamelle, cordons bleuâtres répondant aux veines superficielles. Au toucher, on sent que la moitié supérieure du sein est occupée par une tumeur, dure, non mamelonnée, de consistance homogène, sarcômateuse, sans points ramollis ou fluctuants. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané adhèrent en plusieurs points à la surface de la tumeur. Quand on plisse les téguments, ils prennent l'aspect peau d'orange. La tumeur est mobile sur les couches profondes. Le sein gauche semble normal à première vue, le mamelon est proéminent comme à l'état normal, la peau présente ses caractères ordinaires de coloration et de structure, mais au toucher on trouve dans la partie inférieure et externe une tumeur dure, solide, du volume d'un œuf de poule, occupant l'épaisseur du parenchyme mammaire, avec lequel elle se confond à la périphérie. Elle est plus rapprochée de la peau que des couches profondes, mais ne contracte néanmoins aucune adhérence de ce côté. Sa consistance est la même que celle de la tumeur du sein droit. Les ganglions axillaires sont sains des deux côtés. Ces tumeurs sont indolentes, la malade ignorait même la présence de la tumeur du sein gauche. A la pression la droite est sensible, mais peu douloureuse. Son accroissement rapide et la gêne qu'elle détermine par son poids ont seuls

amené la malade à l'hôpital. L'état général est satisfaisant. Il s'agit d'un de ces sarcômes à marche insidieuse qui conservent longtemps des allures bénignes.

14 *juillet*. — Chloroforme. Ablation du sein droit en totalité. La laxité des téguments nous permet ensuite d'affronter les bords de la plaie, sans lambeau intermédiaire, et de les suturer à l'aide de huit épingles. La partie déclive est laissée libre pour faciliter l'écoulement des liquides et l'introduction des mèches alcoolisées; quatre pinces hémostatiques sont laissées pendant vingt-quatre heures sur les vaisseaux saignants. Pas d'accidents consécutifs.

Le 16 *juillet* les épingles sont enlevées, à l'exception d'une, et remplacées par des bandelettes collodionnées. Pansement alcoolisé et ouaté compressif.

18. — On enlève la dernière épingle, suppuration modérée.

22. — Peu de douleurs sinon au moment des pansements, état général très satisfaisant, sommeil et appétit normaux.

3 *août*. — Cicatrisation complète. La malade quitte le service. Rien de particulier à noter. La tumeur du sein gauche est toujours stationnaire. Les ganglions sont sains.

Obs. CDXV. — *Sarcôme kystique du sein droit. Ablation. Guérison.* — Andrieu (Anaïs), trente-huit ans, couturière, entre le 6 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 42. Réglée à seize ans, menstruation régulière. Nullipare. De dix-sept à vingt-cinq ans chloro-anémie. Ictère. Pas d'antécédents d'autre nature. Il y a deux ans, sans causes connues, elle vit apparaître, en dedans du mamelon droit, une tumeur du volume d'une noisette, dure, indolente, qui resta stationnaire pendant un an. Depuis elle a grossi plus rapidement en devenant le siège de picotements. En octobre dernier fracture de jambe ; après la consolidation la malade marche avec des béquilles. C'est surtout à partir de cet accident que les douleurs du sein sont devenues plus vives et plus fréquentes.

Nous trouvons dans la moitié supérieure du sein droit, surtout dans la portion interne, une tumeur du volume du poing ; la peau qui la recouvre semble amincie, distendue plutôt que confondue avec elle, on voit ramper dans son épaisseur des capillaires bleuâtres dilatés. Pas de trace d'œdème inflammatoire dans le voisinage, pas d'ulcération. Le mamelon est semblable à celui du côté sain et n'a subi ni rétraction, ni aplatissement. Au toucher, on reconnaît que la tumeur présente des bosselures de la grosseur de châtaignes, de consistance solide très homogène et séparées par des sillons peu marqués; ces bosselures sont elles-mêmes composées de saillies plus petites, comparables par la forme et le volume à celles du chou-fleur. Elles ressemblent à celles qu'on voit sur l'enchondrome, mais sont moins élastiques et moins accusées. Elles semblent reliées entre elles

à la surface par une sorte de capsule fibreuse. Les adhérences avec la peau sont très nombreuses et semblent formées par des prolongements émanés de la masse morbide, comme cela s'observe dans le carcinome. La tumeur siège dans la mamelle même et ne semble pas avoir de rapports avec le muscle grand pectoral. Si on fixe celui-ci, il est facile de faire mouvoir la tumeur à sa surface. Nous ne trouvons pas, cependant, la mobilité des fibrômes ou des fibro-adénomes. La consistance totale de la tumeur est celle du tissu lardacé, il n'existe en aucun point de fluctuation partielle comme dans certaines tumeurs adéno-kystiques. Cette consistance spéciale ainsi que les adhérences de la peau nous font pencher vers une variété de squirrhe, bien que nous n'observions encore ni la rétraction des mamelons ni l'engorgement ganglionnaire. L'ablation de la tumeur est indiquée sous le plus bref délai.

21 *avril.* — L'opération montre que la tumeur est indépendante, assez bien circonscrite, au milieu du tissu mammaire et péri-mammaire resté sain ; qu'elle s'était développée au centre de la mamelle elle-même ; qu'elle est entourée par une sorte de capsule fibreuse, moins lâche et moins distincte cependant que certains adénomes au début. A la coupe de la tumeur nous trouvâmes qu'elle était constituée par un tissu semblable à celui de certains sarcômes et composée de lobes distincts, revêtant l'aspect d'acini hypertrophiés et disposés en grappes. Les deux tiers de la tumeur baignaient dans une cavité kystique, qui paraissait constituée par des canaux galactophores dilatés. Cette cavité contenait deux cuillerées d'un liquide séro-sanguin, couleur café au lait. Les tissus d'ailleurs étaient très vasculaires à la coupe, grenus, jaune-grisâtres plutôt que rosés. La peau revenue sur elle-même n'était pas sensiblement adhérente, il n'y avait pas non plus d'adhérence entre le tissu glandulaire et les muscles pectoraux. Mais en plusieurs points la tumeur se confondait avec le tissu de la mamelle qui, bien que restée saine, avait pris au lieu de sa teinte blanchâtre normale une teinte un peu plus jaunâtre. L'opération terminée, les lèvres de la plaie furent réunies par huit points de suture entortillée, en ménageant une ouverture à la partie déclive pour l'écoulement du pus et les pansements alcoolisés. Quatre pinces hémostatiques laissées sur les vaisseaux furent enlevées le lendemain. Les épingles furent retirées les 23, 24 et 25 avril.

Réunion de la plus grande partie de la plaie par première intention. Pas d'accidents consécutifs.

10 *mai.* — Cicatrisation complète. La malade quitte l'hôpital.

Obs. CDXVI. — *Epithélioma tubulé prémammaire. Ablation. Guérison.* — Michaud (Antoinette), quarante-trois ans, ménagère, entre le 4 janvier 1878, salle Sainte-Marthe, 45. Pas d'hérédité. Ophthalmies dans l'enfance, et adénite cervicale suppurée du côté droit, dont on voit

la cicatrice. Scrofule. Réglée régulièrement depuis l'âge de quatorze ans, dix enfants, dont sept vivants et bien portants, un mort-né, un mort du croup, une fausse-couche au septième mois. Jamais de maladies graves. Il y a un an, elle remarqua au-dessus et en dehors du sein droit, au niveau du tendon du grand pectoral, un bouton, du volume d'une lentille, siégeant dans la peau et mobile avec elle, complètement indolent. Cette tumeur s'est développée progressivement et assez rapidement sans véritables douleurs, mais en exagérant la sensibilité de la région. Application de pommades fondantes, sans résultat ; depuis trois mois l'évolution de la tumeur est devenue plus rapide, en même temps que la peau prenait à sa surface une teinte rouge.

A deux travers de doigt au-dessus et en dehors du sein droit, au niveau du bord inférieur du grand pectoral, existe une tumeur aplatie, à contour irrégulier, mesurant 3 centimètres de diamètre dans le sens vertical et 4 centimètres dans le sens transversal. Le relief formé par la production morbide au-dessus des téguments ne dépasse pas un demi-centimètre, de telle sorte qu'il s'agit plutôt d'une sorte de plaque que d'une véritable tumeur. La surface est comme framboisée, elle est hérissée de mamelons irréguliers, papilliformes, dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un grain de blé. Entre les saillies existent des sillons anfractueux, étroits et peu profonds, quelques-uns sont le siège de fissures qui laissent suinter un liquide séro-sanguin peu abondant, se déposant par places entre les saillies mamelonnées sous forme de croûtes brunes. A part ces fissures, il n'existe pas d'ulcération. L'épiderme recouvre les saillies et les dépressions. La coloration est d'un rouge foncé, vineux ou violacé. Au toucher on sent que la tumeur est développée dans l'épaisseur de la peau, mais elle dépasse l'épaisseur du derme et envoie des prolongements dans le tissu cellulaire sous-cutané. Sa consistance est dure, solide, squirrheuse. Aucun point ramolli ou fluctuant. Rien dans les ganglions axillaires. La glande mammaire est intacte. Les viscères thoraciques et abdominaux sont sains. L'état général est satisfaisant.

12 *janvier*. — Chloroforme. Avec le bistouri nous circonscrivons la tumeur en coupant largement au milieu des tissus sains. Nous avons soin aussi de dépasser ses limites profondes. D'ailleurs il n'existe aucune adhérence avec les muscles. L'opération terminée, nous prolongeons notre incision en bas et en dehors afin de faciliter l'écoulement des liquides. Dans le même but nous plaçons un drain au fond de la plaie, avant de suturer les bords de celle-ci à l'aide de cinq fils métalliques. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif.

T=38°. PS=96.

Diagnostic histologique : Épithélioma tubulé.

13. — TM=37°,6. S=36°. P=94. Même pansement. Etat général satisfaisant.

14. — Température normale. Pas de réaction fébrile.

15 *février*. — On enlève les fils que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées. La plaie n'est réunie que dans son tiers interne. Suppuration modérée. Même pansement. La cicatrisation s'effectue rapidement sans qu'il y ait rien à noter dans l'état local ou général. Elle était complète quinze jours après l'opération.

1er *février*. — La malade sort guérie.

Obs. CDXVII. — *Squirrhe. Ablation. Guérison.* — Drot (Héloïse), quarante-deux ans, domestique, entre le 15 décembre 1876, salle Sainte-Marthe, 46. Réglée à dix-sept ans, toujours régulièrement, mariée à vingt-trois, n'a jamais eu d'enfants. Pas de fausses-couches. Bonne santé habituelle, forte constitution.

La mère de la malade serait morte à quarante-neuf ans d'une maladie de la moelle épinière. Il y a un an, la malade étant debout sur son lit fit une chute dans laquelle le sein droit porta sur le dessus d'une chaise. Elle ressentit pendant les jours suivants des douleurs sourdes dans la mamelle, mais ces symptômes disparurent rapidement. Depuis trois mois la malade s'est aperçue qu'elle portait dans le sein droit une tumeur du volume d'une noix, profonde, indolente, ne contractant aucun rapport avec la peau.

Traitement en ville par cataplasmes émollients d'abord, puis par emplâtre de ciguë, sans résultats. A partir de cette époque elle remarqua que les mouvements du bras correspondant s'accompagnaient de gêne, puis de douleurs. Ce membre était toujours plus froid que le bras gauche et comme paralysé. Bientôt elle fut obligée de le tenir en écharpe à cause des douleurs et des fourmillements dont il était le siège lorsqu'elle le laissait pendre.

Aujourd'hui la tumeur du sein a fait peu de progrès, les deux mamelles ont exactement le même volume et le même aspect; il serait impossible, à la vue, de dire laquelle des deux est malade. La peau a conservé ses caractères. Le mamelon n'est ni rétracté ni aplati. Pas de suintement ichoreux, pas de changement de coloration. Les vaisseaux superficiels ne sont pas apparents.

A la palpation on reconnaît que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ont conservé leur consistance molle, ils sont mobiles à la surface du sein. Pas d'adhérences appréciables. La mamelle n'a pas la même consistance dans toute son étendue; par places, cette consistance est normale et ne diffère pas de celle du côté opposé; dans d'autres points au contraire elle est dure et résistante, et donne sous le doigt une sensation intermédiaire à celle du fibrôme et du squirrhe. Elle est mobile sur les muscles pectoraux.

Il est facile de constater que l'on est en présence d'une tumeur

diffuse n'occupant qu'une portion du parenchyme mammaire et ayant débuté dans son épaisseur.

Les ganglions axillaires sont volumineux.

La tumeur est actuellement le siège de douleurs lancinantes presque continues qui s'irradient dans le bras correspondant. Remarquons toutefois que les douleurs brachiales ont précédé celles qui sont actuellement ressenties dans le sein.

16 *décembre*. — La malade étant endormie, nous circonscrivons la tumeur par deux incisions elliptiques qui se rejoignent vers le bord externe. Nous avons soin de comprendre une large portion de tissus sains. La mamelle est enlevée en totalité et la dissection de la face profonde nous révèle qu'aucun prolongement morbide ne s'étend vers les muscles pectoraux. Nous prolongeons ensuite l'incision jusqu'au creux axillaire afin d'enlever les ganglions malades. Six pinces hémostatiques ont été laissées après l'opération sur les vaisseaux les plus importants.

L'opération terminée, les bords de la plaie furent réunis par huit points de suture entortillée.

Une large voie fut ménagée à la partie déclive du côté de l'aisselle, pour faciliter l'introduction des mèches alcoolisées et la sortie du pus. Le lendemain toutes les pinces hémostatiques furent enlevées, sans qu'on eût à combattre d'hémorrhagie consécutive.

Les épingles retirées le quatrième jour furent remplacées par des bandelettes de tarlatane collodionnées. Même pansement.

Les jours qui suivirent l'opération, la température ne s'éleva pas au-dessus de 38° et le pouls ne dépassa pas 96 pulsations. La cicatrisation s'effectua rapidement et sans accidents. La malade quitta le service le 3 janvier complètement guérie.

Obs. CDXVIII. — *Squirrhe du sein droit. Ablation. Guérison.* — Boursier (Hélène), cinquante-quatre ans, marchande de vin, entre le 13 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 36. Réglée à seize ans, menstruation toujours régulière; ménopause à quarante-huit ans. Sept enfants, dont six bien portants, le septième est mort quelques heures après sa naissance. Aucune maladie antérieure. Pas d'antécédents héréditaires. Il y a deux ans, sans cause connue, apparut au-dessus et en dehors du mamelon droit un petit noyau sous-cutané, dur et douloureux à la pression. Pendant dix mois cette production se développa lentement, sans causer de douleurs spontanées. La malade ne fit aucun traitement. Puis apparurent des douleurs lancinantes, intermittentes et vagues d'abord, ensuite continues et exacerbantes. Il y a six mois, la tumeur s'est ulcérée. En même temps le mamelon se rétracta et la malade ressentit de la gêne dans l'aisselle.

Immédiatement au-dessus et en dehors du mamelon, ulcération irrégulière, mesurant 7 centimètres transversalement sur 5 de hau-

teur. Le fond est irrégulier, recouvert de fongosités rougeâtres, molles, saignantes, séparées par des anfractuosités pleines d'un pus sanieux et de détritus grisâtres. Les bords, de couleur lie-de-vin, sont festonnés, légèrement décollés par places et forment une sorte de bourrelet saillant au pourtour de l'ulcération. Le mamelon aplati et rétracté contraste avec celui du côté opposé qui est au contraire très saillant. La peau qui recouvre la partie externe et supérieure de la mamelle, au voisinage de l'ulcération, est violacée, luisante, et soulevée par des nodosités auxquelles elle semble adhérente. Lorsqu'on la presse entre les doigts, elle prend l'aspect pointillé d'une peau d'orange. Au toucher la tumeur est dure, solide, de consistance presque ligneuse, on ne trouve dans sa masse aucun point ramolli ni fluctuant. Elle est très adhérente à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, mais jouit d'une certaine mobilité sur les muscles pectoraux. Il serait difficile de dire si elle a pris naissance aux dépens de la peau ou du tissu mammaire. Mais on reconnaît aisément qu'elle a aujourd'hui envahi la moitié externe de la glande. Celle-ci a conservé sa consistance dans tout le reste de son étendue. Dans l'aisselle on trouve une masse ganglionnaire bien limitée du volume d'un œuf de pigeon indurée et douloureuse à la pression.

5 *mai*. — Chloroforme. Par une incision elliptique, nous circonscrivons le pourtour de la mamelle et nous en faisons l'ablation ; il n'y a pas d'adhérences avec le pectoral. Nous prolongeons ensuite notre incision jusqu'à l'aisselle.

Nous trouvons dans cette région une masse indurée, composée de ganglions agglomérés, du volume d'un petit œuf de poule. Six pinces hémostatiques sont laissées dans la plaie. L'opération terminée, nous réunissons par huit points de suture les deux tiers internes de l'incision, et nous laissons à la partie déclive une ouverture suffisante pour l'écoulement du pus et l'introduction des mèches de charpie. Pansement alcoolisé et ouaté compressif.

Pas d'accidents consécutifs. Pas de réaction fébrile. Le 9 mai les fils furent enlevés et remplacés par des bandelettes de tarlatane collodionnée : 20 jours après l'opération, le 26 mai, la cicatrisation étant presque complète, la malade quitta l'hôpital.

Obs. CDXIX. — *Squirrhe du sein droit. Ablation. Guérison.* — Amiot (Angélina), trente-neuf ans, couturière, entre le 11 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 55. Bonne constitution, pas d'antécédents héréditaires. Réglée à douze ans, menstruation régulière jusqu'en 1873, à partir de cette époque la malade n'a plus vu que tous les trois mois et alors l'écoulement prenait les caractères d'une véritable métrorrhagie. Sept enfants, deux fausses-couches ; deux enfants seuls vivent et sont bien portants. Il y a deux ans, la malade vit apparaître dans le sein droit, en dedans du mamelon, une tumeur du volume d'une bille,

dure, mobile sous la peau et complètement indolente. Elle s'est accrue peu à peu sans faire de saillie bien apparente, mais en devenant le siège de douleurs lancinantes.

La tumeur occupe la moitié interne de l'organe, très rapprochée du sillon sous-mammaire, présente le volume d'un petit œuf de poule, et n'offre pas de bosselures ou de lobes apparents à la vue. La peau qui la recouvre a conservé sa coloration et sa structure normales et n'est parcourue par aucune veine *dilatée.* Elle semble peu adhérente à la tumeur. On ne remarque ni ulcération, ni rétraction du mamelon; celui-ci présente les mêmes caractères que celui du côté opposé. Notons toutefois que les orifices des glandes sébacées sont très dilatés ; il résulte de cette disposition que les téguments de la région ressemblent à une peau d'orange. Par la palpation on reconnaît que la tumeur est solide, homogène, de consistance sarcomateuse sans points ramollis ou fluctuants. La surface est lisse, n'offre aucune partie saillante, et contracte avec la peau de faibles adhérences. Celle-ci plissée entre les doigts présente l'aspect chagriné. La tumeur s'est manifestement développée aux dépens du tissu mammaire ; elle est intimement unie aux muscles pectoraux et n'éprouve aucune espèce de déplacement à leur surface. La moitié externe du sein est saine. Rien dans les ganglions axillaires. Les caractères de cette tumeur se rapprochent de ceux des fibro-adénomes ou des fibro-sarcomes, d'autant plus qu'il n'existe ni vascularisation, ni engorgement ganglionnaire. Toutefois les adhérences profondes et l'aspect chagriné de la peau font plutôt penser à une variété de tumeur squirrheuse. Ce diagnostic entraîne évidemment un pronostic grave et conduit à faire l'ablation aussi largement que possible, crainte de récidive.

21 *avril.* — Chloroforme. Nous faisons une incision elliptique dépassant en dehors le mamelon et comprenant toute la partie interne de la mamelle. Nous enlevons ensuite la tumeur ainsi qu'une certaine partie des tissus périphériques, en détruisant largement les adhérences pectorales. L'opération terminée, les bords de la plaie sont réunis par six points de suture, et trois pinces hémostatiques sont laissées sur les vaisseaux. Une mèche de charpie imbibée d'alcool introduite par la partie déclive de la plaie facilitera l'écoulement du pus. Une coupe de la tumeur démontra qu'elle était circonscrite par une enveloppe fibreuse, n'émettant pas de prolongements par sa face externe, mais donnant attache par sa face interne à des cloisons fibreuses. Le tissu même de la tumeur est solide, peu vasculaire et d'apparence colloïde. Les sutures furent enlevées les 25 et 26 avril. Réunion par première intention. Pas d'accidents consécutifs. La malade sort guérie le 9 mai.

Obs. CDXX. — *Squirrhe du sein droit. Ablation. Guérison.* — Ha-

natel (Joséphine), quarante-sept ans, mécanicienne, entre le 7 juin 1878, salle Sainte-Marthe, 45. Pas d'hérédité. Une sœur de la malade a un kyste de l'ovaire. Ni scrofule, ni tuberculose. Fièvre typhoïde à 18 ans. Menstruation régulière depuis l'âge de treize ans. Dix enfants; sept sont bien portants. Il y a trois mois, à la suite d'un coup porté sur le sein droit, la malade éprouva une vive douleur et remarqua, au côté inférieur et externe de la mamelle, une tumeur du volume d'une noisette adhérente à la peau et aux couches profondes. Cette tumeur évolua rapidement en devenant sensible à la pression, mais sans déterminer de véritables douleurs. Les progrès du mal effrayent la malade et la décident à entrer à l'hôpital.

Le tiers inférieur et externe du sein droit est déformé par une tumeur du volume d'un œuf de poule à grand axe transversal, à surface lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau est rouge au centre, violacée au pourtour, elle est luisante, amincie, tendue et laisse voir par transparence de grosses veines bleuâtres dilatées. Au toucher la peau est adhérente au niveau de la moitié inférieure du sein où elle présente, quand on la plisse, l'aspect caractéristique de la peau d'orange. Le mamelon n'est ni rétracté, ni adhérent.

La tumeur est dure, solide, homogène, de consistance squirrheuse; elle se confond par son pourtour et par sa face profonde avec le parenchyme mammaire. Douleurs légères à la pression. La température locale n'est pas élevée. Rien dans les ganglions axillaires.

8 *juin*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous faisons une incision elliptique à grand axe transversal qui circonscrit la tumeur. Nous enlevons du même coup toute la mamelle et la plus grande partie de la peau qui la recouvre. Il n'existe pas d'adhérences profondes. Nous prolongeons ensuite l'incision en bas et en dehors, afin de faciliter l'écoulement des liquides. Dans le même but nous plaçons un drain au fond de la plaie avant d'en réunir les bords.

La suture est faite à l'aide de douze fils métalliques; elle ne comprend que les trois quarts internes de la plaie; quatre pinces hémostatiques sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif. T S$=$38°. Sur une coupe, la tumeur se compose d'une trame jaunâtre fasciculée, très dure, criant sous le scalpel. Par le râclage on obtient une faible quantité d'un suc blanchâtre, très épais, caséiforme.

9 *juin*. — TM$=$37°,8. S$=$38°,2. P$=$96. On enlève les pinces, pas d'hémorrhagie, même pansement. La malade a eu dans la journée des nausées et des vomiturations. Céphalalgie légère, inappétence.

10 *juin*. — T M$=$37°,6. S$=$38°,2 P$=$95. La malade mange avec appétit : bouillon, potage, viande rôtie. Se trouve mieux qu'hier.

Du 11 *au* 13. — On enlève les fils que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnée. Les deux tiers internes de la plaie

sont réunis par première intention. La température n'a pas dépassé 38°.

19. — Cicatrisation très avancée ; quelques fourmillements dans le bras droit.

24. — Cicatrisation complète. Disparition des douleurs et des fourmillements. La malade sort guérie.

Obs. CDXXI. — *Squirrhe du sein droit, invasion des ganglions axillaires. Opération.* — Vendôme (Victorine), soixante et un ans, sans profession, entre le 17 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 37. Mère morte d'une tumeur abdominale. Bonne santé habituelle. Réglée à 18 ans ; de 22 à 34 ans cessation des règles ; ménopause il y a dix ans ; un enfant mort à 4 ans, une fausse couche. Jamais de maladies graves.

Il y a huit mois elle commença à éprouver des douleurs dans l'aisselle droite ; l'examen de cette région et de la mamelle correspondante ne révéla à cette époque rien de particulier. Les douleurs s'accentuèrent progressivement ; il y a deux mois elle remarqua que la partie inférieure du sein droit était dure et sensible à la pression, la main portée dans l'aisselle y sentait alors une tumeur dure, bosselée, irrégulière.

La partie inférieure et externe du sein droit est déformée par une tumeur arrondie, convexe, sous la peau. Celle-ci a conservé sa coloration normale, mais présente un aspect chagriné, dû à la dilatation des orifices des glandes sébacées. Veinosités superficielles. Le mamelon est aplati, mais non rétracté. Au toucher, la tumeur assez bien limitée présente le volume d'une orange, elle est dure, solide, de consistance uniformément squirrheuse ; sa face superficielle ne présente ni bosselure ni dépression, et est intimement unie à la peau qui offre lorsqu'on la plisse l'aspect d'une peau d'orange. Le pourtour de la tumeur ainsi que sa face profonde semblent envoyer des prolongements dans le parenchyme mammaire, mais ne contractent aucune adhérence avec le grand pectoral.

Pas de douleurs à la pression, douleurs spontanées vives et lancinantes.

Dans le creux axillaire droit on trouve une masse ganglionnaire indurée du volume d'un œuf de poule, adhérente à la peau et aux tissus environnants ; cette seconde tumeur remonte profondément dans la direction des vaisseaux et nerfs axillaires.

Léger œdème du bras correspondant et douleurs contusives au niveau du creux axillaire, dus probablement à la compression exercée par cette tumeur.

Nous sommes en présence d'une tumeur maligne appartenant à la variété squirrhe. Le volume de la masse ganglionnaire et l'œdème du bras nous font craindre que l'intervention chirurgicale ne soit tardive. Il nous est arrivé plusieurs fois, dans des cas analogues, de trouver des adhérences entre les vaisseaux axillaires et les ganglions

malades. En pareille circonstance, nous sommes obligé de laisser en place la portion de ganglion qui est adhérente et la récidive est certaine. Aussi ne tenterons-nous cette opération que sur les instances du médecin et de la famille de la malade.

20 *octobre*. — Chloroforme. A deux travers de doigt au-dessous du mamelon, première incision curviligne à concavité supérieure et dirigée vers l'aisselle ; de l'extrémité interne de cette première incision nous en faisons partir une seconde à concavité inférieure, qui se dirige également vers l'aisselle où elle va rencontrer l'autre. Nous faisons ensuite l'ablation de la totalité de la mamelle en plaçant des pinces hémostatiques sur les vaisseaux à mesure que nous les sectionnons. La tumeur axillaire donne lieu à une dissection minutieuse et difficile ; comme nous le redoutions, la partie supérieure de la masse morbide adhère à la tunique de l'artère axillaire et, malgré toutes les précautions que nous puissions prendre, nous sommes obligé d'en laisser en place une petite portion. Avant de terminer l'opération, nous prolongeons l'incision axillaire vers la partie déclive afin de faciliter l'écoulement des liquides.

Réunion des deux tiers internes de la plaie par six points de suture métallique. Mèche alcoolisée au tiers externe de la plaie ; pansement alcoolisé et ouaté compressif. 6 pinces hémostatiques sont laissées dans la plaie pendant vingt-quatre heures, pas d'hémorrhagie consécutive.

21 *octobre*. — TM = 38°. S = 37°,8. P = 90. Pansement alcoolisé.

22. TM = 38°. S = 37°,6. P = 90. Même pansement.

Bouillon, rôti. La malade se trouve bien, les douleurs axillaires qu'elle éprouvait avant l'opération ont complètement disparu.

30 *octobre*. — Cicatrisation complète.

La malade quitte le service.

Obs. CDXXII. — *Carcinôme mou du sein gauche. Ablation. Guérison.* — Biette (Adèle) cinquante ans, couturière, entre le 9 février 1877, salle Sainte-Marthe, 39. Réglée à quatorze ans, menstruation régulière, grossesses naturelles. 3 enfants vivants. Bonne constitution. Ni scrofule ni syphilis. N'a jamais eu de maladies graves.

Il y a trois ans, elle vit apparaître à 1 centimètre au-dessus et un peu en dehors du mamelon gauche, un petit bouton dur, qui se développa lentement, sans provoquer ni gêne ni douleurs. Au bout de deux ans, cette production avait atteint le volume d'un œuf de pigeon. Plus tard, elle s'étendit aux parties voisines, envahissant progressivement toute l'étendue du sein, et prenant dans la moitié supérieure l'aspect mamelonné. Des douleurs lancinantes ne tardèrent pas à apparaître, vagues et intermittentes d'abord, puis continues et exacerbantes.

Depuis six mois, la tumeur s'est ulcérée, et a pris une marche rapide ; la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Le sein gauche, trois fois plus volumineux que le droit, est le siège d'une tumeur développée surtout aux dépens de sa moitié supérieure.

Trois saillies arrondies, faisant au-dessus des parties voisines un relief de 1 centimètre et situées autour du mamelon dans l'ordre suivant : l'une plus élevée, immédiatement âu-dessus, la seconde sur le côté externe, et la troisième plus petite entre les deux autres, un peu plus bas. Les saillies moyenne et supérieure sont ulcérées. Ces ulcérations, du diamètre d'une pièce de 1 franc, sont régulièrement circulaires, rougeâtres, recouvertes de fongosités molles, saignantes, laissant suinter un liquide ichoreux, d'odeur caractéristique. Les bords sont réguliers, renversés en dehors, et séparés des parties voisines par une ligne bleuâtre.

Le mamelon est aplati, rétracté, en partie caché au milieu des saillies voisines. Sous son bord inférieur on remarque un grand nombre de petits pertuis surmontés de gouttelettes de pus.

La peau du sein présente une couleur rougeâtre, plus vive au voisinage des ulcérations. Dans son épaisseur on voit ramper des veines dilatées.

La tumeur est nettement limitée à la mamelle ; elle est solide, sans trace de fluctuation ; toutefois, sa consistance est moins ferme, au pourtour des ulcérations. Elle présente dans sa partie supérieure des bosselures rapprochées les unes des autres. Dans la moitié inférieure sa surface est unie.

Mobile sur les couches profondes, elle a contracté des adhérences assez étendues avec la peau. Lorsqu'on plisse celle-ci entre les doigts, elle prend l'aspect d'une peau d'orange.

10 *mars*. — Chloroforme. Incision circulaire empiétant sur les parties saines, et circonscrivant la mamelle. Les deux extrémités de cette incision vont se rejoindre jusque dans le creux axillaire afin de permettre l'ablation des ganglions malades. La tumeur est ensuite disséquée par sa face profonde ; il est alors facile de reconnaître qu'elle n'envoie pas de prolongements du côté des muscles pectoraux. L'opération terminée, il reste une vaste perte de substance, mais la mobilité des téguments de cette région, jointe à un état adipeux assez abondant, permettent de rapprocher les lèvres de la plaie et de les réunir par des points de suture entortillée en allant de dedans en dehors. Une large voie est laissée libre à la partie déclive pour l'écoulement du pus et l'introduction d'une mèche imbibée d'eau alcoolisée.

Les jours suivants même pansement. La température ne dépasse pas 37°,2, et le pouls 96.

14 *mars*. On enlève 6 épingles et on les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées.

La cicatrisation marche ensuite rapidement, la dernière épingle est enlevée le 15 mars et le 14 avril la malade peut quitter l'hôpital.

Il reste une petite plaie de deux centimètres d'étendue.

Obs. CDXXIII. — *Squirrhe de la moitié inférieure et externe du sein gauche. Ablation.* — Lecart (Clarisse), cinquante et un ans, domestique, entre le 10 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 42.

Réglée régulièrement de 18 à 48 ans, depuis trois ans métrorrhagies abondantes revenant tous les trois mois, 4 enfants bien portants, pas de fausse couche. Par suite des pertes répétées, affaiblissement, anémie, amaigrissement. Pas d'hérédité.

Il y a dix mois, apparition au-dessous et en dehors du mamelon gauche d'une tumeur dure, indolente, mobile sous la peau qui s'est développée d'abord très lentement. Depuis trois mois marche plus rapide, la tumeur est devenue le siège de picotements.

Le sein gauche plus volumineux que le droit est déformé dans sa moitié inférieure et externe par une tumeur du volume d'un œuf de dinde. La peau a conservé ses caractères dans la plus grande partie de son étendue; au-dessous du mamelon, sur une bande transversale large de trois travers de doigt, elle présente une teinte érythémateuse et est parcourue par des vaisseaux capillaires, très fins. Pas d'ulcération. Le mamelon est aplati mais non rétracté.

Sous la peau qui recouvre la moitié supérieure du sternum et la partie correspondante de la région pectorale gauche, on voit ramper de grosses veines dilatées bleuâtres qui convergent vers le sein.

Au toucher, la peau et le tissu cellulaire sont sains dans les deux tiers supérieurs et internes de la mamelle, dans l'autre tiers ils sont adhérents à la tumeur. Aspect très accusé de peau d'orange, par le plissement, au même niveau.

La tumeur bien limitée est dure, solide, de consistance homogène, sarcomateuse; elle est adhérente par sa face profonde aux muscles pectoraux dont elle suit les mouvements.

Pas de prolongements périphériques appréciables. Masse ganglionnaire indurée, volumineuse dans l'aisselle gauche.

30 *juin* 1877. — Chloroforme. Incision elliptique qui comprend les deux tiers inférieurs de la mamelle et dont les branches se réunissent au côté externe pour converger vers le creux axillaire.

Ablation de la tumeur avec la peau qui la recouvre; énucléation des ganglions; ils sont peu volumineux, indurés et agglomérés. La partie la plus élevée de cette masse envoie des prolongements jusque sur l'artère axillaire et les branches du plexus brachial ; nous les enlevons par voie d'arrachement tant pour nous mettre à l'abri de l'hémorrhagie, que pour éviter d'atteindre avec le bistouri les organes importants de la région.

Avant de terminer l'opération, nous faisons à la partie externe de notre incision une seconde incision verticale, longue de 5 centimètres, pour faciliter l'écoulement du pus et l'introduction d'un tube en caoutchouc. 6 points de suture. Sur 7 pinces hémostatiques appliquées sur les vaisseaux pendant l'opération, deux seulement sont laissées en place pendant vingt-quatre heures pour faire l'hémostasie définitive.

1er *juillet*. — Lavages avec l'eau phéniquée. Nuit assez calme, pas de fièvre. La malade mange un bouillon avec appétit.

2. — Même état, on enlève les pinces hémostatiques.

3. — On enlève les pinces à l'exception de celle qui est le plus rapprochée de l'angle interne de la plaie.

4. — T = 38°,2. P = 92. Erysipèle du dos, la malade passe au chalet (salle d'isolement).

16. — L'érysipèle a complètement disparu, il était localisé à la région dorsale. Cicatrisation très avancée de la plaie.

30 — Cicatrisation complète, la malade quitte le service.

Obs. CDXXIV. — *Squirrhe du sein gauche. Ablation.* — Lacombe (Françoise), quarante-quatre ans, domestique, entre le 20 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 44. Pas d'hérédité. Bonne santé habituelle. Réglée régulièrement depuis l'âge de quinze ans, nullipare. Il y a quatre mois, à la suite d'un coup de clef qu'elle reçut sur le sein gauche elle éprouva de vives douleurs dans cet organe pendant deux jours. Il y a trois mois, étant au bain, elle remarqua accidentellement dans la moitié supérieure du sein une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, dure et complètement indolente ; cette tumeur s'est développée assez rapidement en déterminant par son poids une sensation de tiraillement.

Le sein gauche est à peine plus volumineux que le droit, mais il est régulièrement arrondi, hémisphérique et fixé au thorax, tandis que celui du côté opposé est déformé, plus flasque et pend en forme de bourse. La peau est lisse, rosée, légèrement tendue. Les orifices des glandes sébacées sont très apparentes. Pas de vascularisation anormale; le mamelon est aplati, mais non rétracté. Au toucher, la tumeur du volume d'un gros œuf de poule occupe la partie centrale de la mamelle; elle est dure, fibroïde, de consistance homogène presque ligneuse, sans points ramollis ou fluctuants; sa surface est unie; elle ne présente ni bosselures ni dépression et est adhérente à la peau en plusieurs points. Celle-ci prend, lorsqu'on la plisse, l'aspect chagriné d'une peau d'orange. La tumeur semble adhérer par sa face profonde aux muscles pectoraux. Depuis quelques jours la malade éprouve, dans la région scapulaire postérieure correspondante, des douleurs lacinantes vives et intermittentes.

27 *octobre*. — Chloroforme. Nous faisons, à deux travers de doigt au-

dessus du mamelon, deux incisions elliptiques dont les extrémités se rejoignent en dedans et en dehors de la mamelle, et qui circonscrivent un lambeau de peau elliptique. Nous faisons ensuite l'ablation totale de la mamelle avec ce lambeau cutané. Les adhérences profondes sont facilement détruites, sans qu'il soit nécessaire d'intéresser les muscles pectoraux. L'opération terminée, nous réunissons les deux tiers internes de la plaie, à l'aide de 6 points de suture métallique et nous introduisons par le tiers externe une mèche alcoolisée et munie d'un tube en caoutchouc pour permettre l'écoulement des liquides. De 6 pinces hémostatiques placées sur les vaisseaux, 2 seulement sont laissées dans la plaie pendant vingt-quatre heures. Pansement alcoolisé et ouaté compressif.

28 *octobre*. — T M = 37°,8. S = 38°. P = 92. Même pansement, on enlève les pinces. Bouillon, potage, vin de quinquina.

29. — TM = 37°,2. TS = 37,4. P = 90. Potages, rôti.

30. — On enlève 3 fils, réunion par première intention dans une certaine étendue.

1er *novembre*. — On enlève les derniers fils, que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées, suppuration modérée.

15. — Elle sort guérie.

Obs. CDXXV. — *Squirrhe atrophique du sein gauche. Ablation.* — Georgin (Flore), cinquante-sept ans, brossière, entre le 12 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 38. Pas d'hérédité. Forte constitution, bonne santé habituelle. Réglée de 16 à 55 ans. Troubles au début et à la fin de la menstruation. A 17 ans aménorrhée pendant sept mois. A 52 ans les règles cessèrent pendant dix mois, pour reparaître ensuite régulièrement pendant trois ans et cesser définitivement, 2 enfants bien portants ; pas de fausses couches. Depuis plusieurs mois elle éprouvait dans le sein gauche des douleurs vives, lancinantes et intermittentes, sans pouvoir les rattacher à aucune cause. Il y a six semaines, elle sentit au-dessous du mamelon une tumeur dure, du volume d'une noix. Depuis quinze jours, le mamelon qui était resté saillant comme celui du côté opposé, s'est rapidement affaissé, puis rétracté ; en même temps la tumeur a augmenté de volume.

Le sein gauche est aplati, un peu moins volumineux que le droit. Le mamelon est profondément rétracté vers le centre de la mamelle ; à sa place existe une cavité infundibuliforme qui admet la pulpe de l'annulaire. La peau a conservé ses caractères normaux. Au toucher, on sent au-dessous du mamelon une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, solide, homogène, de consistance squirrheuse, lardacée, mal limitée, envoyant par sa périphérie des prolongements qui rayonnent dans le tissu mammaire avoisinant. La tumeur adhère à la peau, principalement au niveau du mamelon et de l'aréole. Les adhérences se manifestent, lorsqu'on plisse les téguments, par l'as-

pect chagriné, en peau d'orange, que prennent ceux-ci. La mamelle se déplace en masse à la surface du muscle pectoral. La pression n'exagère pas la douleur. Rien dans les ganglions axillaires.

22 *décembre.* — Chloroforme. Nous faisons à la surface du sein une incision elliptique qui comprend du même coup le tissu cellulaire sous-cutané, puis nous enlevons largement, par voie de dissection, la tumeur, les tissus qui l'enveloppent et la peau qui la recouvre. L'opération terminée, nous faisons à l'angle externe de la perte de substance une incision destinée à faciliter l'écoulement des liquides et l'introduction d'une mèche de charpie alcoolisée. La richesse du tissu adipeux chez cette malade nous permet de rapprocher sans tiraillement les lèvres de la plaie et de les réunir dans leurs deux tiers internes à l'aide de 6 fils métalliques. De 8 pinces hémostatiques placées sur les vaisseaux pendant l'opération, 2 seulement sont laissées pendant 24 heures.

Pansement alcoolisé et ouaté compressif. *Sur une coupe :* la tumeur est formée de tractus blanchâtres, d'aspect fibreux, qui rayonnent du mamelon vers la masse de parenchyme mammaire.

23. — TM = 38°. S 38°,4. P = 110. Quelques nausées dues au chloroforme. On enlève les pinces. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif. Des injections sont faites dans la plaie à l'aide d'un tube à drainage.

24. — TM = 37°,4. S 37°,8. P = 96. Même pansement ; sueurs nocturnes abondantes.

25. — TM = 37°,6. S = 38. P = 100. On enlève 2 fils. — Même pansement.

26. — TM = 37°,4. S 38°. P = 102. On enlève les derniers fils ; réunion par première intention du tiers supérieur de la plaie.

28 *décembre.* — Température et pouls normaux. Petits foyers purulents au niveau des piqûres d'épingles, suppuration très modérée.

2 *janvier* 1878. — La cicatrisation est très avancée, on enlève le tube à drainage.

8. — Petits frissons répétés ; malaise général ; douleur au niveau de la plaie.

Rougeur erysipélateuse au pourtour de la plaie. — La malade passe dans nos salles d'isolement. Badigeonnage avec térébenthine collodionnée. Guérison au bout de trois semaines.

Obs. CDXXVI. — *Squirrhe du sein gauche. Ablation.* — Jacquelin (Césarine), trente-cinq ans, papetière, entre le 18 janvier 1878, salle Sainte-Marthe, n° 48. Sa mère est morte à soixante-sept ans ; ses deux sœurs, l'une à vingt et un, l'autre à vingt-neuf ans, de phtisie. Lymphatisme. Pas de tuberculose. Variole à deux ans. Fièvre typhoïde à seize ans. Scarlatine et angine scarlatineuse à vingt-deux ans. Rhu-

matisme musculaire. Sciatique par les temps humides et froids. Gastralgie de vingt-deux à trente ans. Insuffisance mitrale depuis l'âge de vingt-deux ans. Menstruation régulière depuis l'âge de dix-sept ans. Les règles durent un jour, sont peu abondantes, très pâles. Première grossesse à vingt-neuf ans. Métrorrhagie abondante après l'accouchement. Seconde grossesse à trente ans. Péritonite consécutive. Les deux enfants sont bien portants. En 1876, elle remarqua par hasard, à la partie inférieure et externe du sein gauche, une tumeur sous-cutanée, mobile sous la peau, du volume d'une noisette, dure et indolente. Cette tumeur a d'abord évolué lentement, mais, depuis six mois, sa marche a été beaucoup plus rapide; en même temps, la malade a commencé à éprouver des douleurs aiguës, lancinantes, intermittentes, irradiées au bras et à l'avant-bras. Depuis un mois les caractères de la peau se sont modifiés au niveau de la tumeur. Les ganglions axillaires sont devenus douloureux.

L'impuissance fonctionnelle est devenue complète du côté du membre supérieur gauche, par suite de la douleur. C'est alors que la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Le sein gauche est un peu plus volumineux que le droit. Le mamelon est déprimé, rétracté au centre de l'aréole. La moitié inférieure de la mamelle présente des bosselures dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon. Au côté externe et inférieur, sur une largeur de trois travers de doigt, la peau est plissée, déprimée, enfoncée vers la glande de la même manière que le mamelon. Dans la moitié supérieure la peau est lisse, unie, et paraît normale. Au niveau des bosselures elle présente une teinte bleuâtre, marbrée, due au développement de petits vaisseaux cutanés. Au niveau de la surface déprimée elle est au contraire d'un rouge vif érythémateux. Les veines sous-cutanées vues par transparence sont dilatées, bleuâtres et rampent en convergeant de la base de la mamelle vers l'aréole. Au toucher la peau est adhérente au parenchyme mammaire dans toute son étendue. Lorsqu'on la plisse elle prend l'aspect caractéristique de la peau d'orange. La tumeur est dure, solide, de consistance homogène, squirrheuse, sans points ramollis ou fluctuants. Elle se déplace en masse sur les muscles pectoraux. Dans l'aisselle gauche, on trouve deux ganglions indurés, ligneux, du volume d'une fève, mobiles sur la peau et sur les couches profondes. Les douleurs vives que nous avons décrites précédemment s'exagèrent par la pression. La malade est anémique, mais elle ne présente aucun signe de cachexie.

2 *février*. — Nous enlevons largement la tumeur avec toute la peau qui la recouvre; elle n'envoie aucun prolongement du côté du grand pectoral. L'ablation terminée, nous prolongeons l'incision jusque dans l'aisselle et nous enlevons facilement à l'aide du doigt et de

la spatule un groupe de petits ganglions envahis par la dégénérescence. Nous faisons ensuite à l'angle externe de la plaie une incision libératrice, afin de faciliter l'écoulement des liquides. Grâce à la mobilité de la peau, nous rapprochons sans difficulté les lèvres de la perte de substance et nous les réunissons à l'aide de quinze points de suture métallique isolés, après avoir placé au fond un tube à drainage qui sort à la partie déclive. Sur vingt pinces hémostatiques placées sur les vaisseaux pendant l'opération, six seulement sont laissées pendant vingt-quatre heures. Pansement alcoolisé et ouaté compressif. TS = 38°,8. — P = 100.

Sur une coupe, la tumeur est formée par une trame fibreuse, blanchâtre, extrêmement serrée, dans laquelle on trouve à peine de petites lacunes remplies par un tissu moins ferme. Par le râclage on obtient quelques gouttes d'un suc épais, lactescent. La plus grande partie du parenchyme mammaire est détruite par le tissu de nouvelle formation.

3. — TM = 38°,2. S = 38°,8. — P = 98. Anorexie. Céphalalgie. Langue saburrale. Nausées. On renouvelle le pansement et on enlève les pinces. Pas d'hémorrhagie. Potion aconit. Vin de quinquina.

4. — TM = 38°. S = 38°,4. — P = 96. Légère amélioration. La malade prend avec appétit bouillon, potage. Vin de Banyuls.

5. — TM = 37°,8. S = 38°,6. — P = 98. L'état local est bon, suppuration très modérée.

6. — TM = 37°,8. S = 38°. — P = 96. On enlève les fils que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées. La réunion est obtenue par première intention dans la région pectorale. Suppuration modérée du côté de l'aisselle.

8. — TM = 37°,6. S = 38°. — P = 96. Sueurs abondantes. État général et local satisfaisants. A partir de ce moment température et pouls normaux. La cicatrisation marche rapidement et régulièrement. Elle est complète dix-huit jours après l'opération.

22. — La malade sort guérie.

Obs. CDXXVII. — *Cancroïde du sein gauche. La tumeur a été traitée une première fois par les caustiques. Récidive au bout de vingt et un mois. Opération par le bistouri. Seconde récidive au bout de six mois. Ablation par le bistouri. Cicatrisation. Récidive dans les ganglions sterno-mastoïdiens. État cachectique.* — Rigaud (Cécile), cinquante-quatre ans, brodeuse, entre le 6 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 43. Elle est déjà entrée deux fois dans nos salles pour l'affection qui la ramène aujourd'hui (Voy. *Clin. de* 1875, p. 580, obs. CDXII et *Clin. de* 1876, p. 617, obs. CCCLXXXIX). Cicatrice linéaire, rosée, transversale, à la place du sein. La tumeur ne s'est pas reproduite à ce niveau; mais à 2 centimètres en dehors et au-dessus de l'extrémité externe de la cicatrice, on trouve une surface de la largeur de deux travers de doigt,

recouverte de noyaux diffus qui se dirigent vers le creux sous-claviculaire. La peau a conservé sa coloration normale, mais revêt l'aspect chagriné et semble intimement confondue avec la tumeur. Au toucher, on reconnaît que ces noyaux sont irréguliers, variant du volume d'un pois à celui d'un grain de chènevis, durs, de consistance fibroïde. Ils semblent développés dans l'épaisseur même de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Ils envoient manifestement des tractus vers les couches profondes. Douleurs lancinantes, spontanées. Douleur à la pression. On trouve dans l'aisselle un ganglion du volume d'une noisette, très dur, mobile sous la peau, mais adhérent aux parties profondes.

23 *décembre*. — Chloroforme. Nous circonscrivons la portion de téguments malades par une incision elliptique très allongée, qui se dirige vers le creux axillaire, et nous disséquons le lambeau par sa face profonde, en enlevant la couche superficielle du muscle pectoral qui adhère à la tumeur. De l'extrémité supérieure de cette première incision, nous en faisons partir une seconde vers l'aisselle où nous trouvons deux ganglions indurés, du volume d'une noisette chacun. Des quatre pinces hémostatiques placées sur les vaisseaux, deux seulement sont laissées dans la plaie. L'opération terminée, les bords de la plaie, vu la laxité des téguments, peuvent être rapprochés, sans trop de tiraillements. Les deux tiers internes sont réunis par quatre points de suture, une ouverture suffisante étant ménagée pour l'introduction d'une mèche de charpie. Pansement alcoolisé et ouaté légèrement compressif. Sur une coupe de la tumeur, on reconnaît qu'elle est constituée par des noyaux diffus, rougeâtres, peu distincts par leur coloration des parties voisines. Ces noyaux envoient des prolongements qui les réunissent entre eux et rayonnent vers la périphérie.

24. — On enlève les pinces hémostatiques.

27. — On enlève les épingles que l'on remplace par des bandelettes collodionnées. Réunion par première intention de la moitié interne de la plaie. Pas de fièvre, la malade a bien dormi. Vin de quinquina. Sirop d'iodure de fer.

29. — État général satisfaisant. Pansement alcoolisé. Fièvre nulle. La cicatrisation marche rapidement et la malade sort guérie le 3 janvier 1878. Revient le 22 mai 1878. Rien de particulier du côté de la région mammaire où siégeait la tumeur, la cicatrice est normale, pas de trace de récidive. Douleurs axillaires et scapulaires, spontanées, vives, lancinantes, intermittentes, non exagérées par la pression et les mouvements. Vers la partie moyenne de la région cervicale droite, sous la partie antérieure du muscle sterno-cleido-mastoïdien, on trouve un ganglion du volume d'un œuf de poule, adhérent à la face postérieure du muscle et aux tissus voisins; il est dur, solide, de consistance sarcomateuse. Au point d'insertion du lobule de l'oreille

droite; croûtes d'eczéma. La malade est amaigrie, mais elle a conservé le sommeil et l'appétit. Les viscères thoraciques et abdominaux sont sains. Pas d'opération possible. N'a pas été revue.

Obs. CDXXVIII. — *Carcinome du sein opéré. — Récidive sur le sein opposé. Dyspnée continue. Mort. Autopsie. Généralisation du cancer.* — Blanchard (Valérie), cinquante-deux ans, cuisinière, entre le 29 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 50 (*Clin. de* 1876, obs. CD, p. 623).

30 *janvier* 1877. — Petits noyaux disséminés tout autour de la cicatrice, en haut et en bas. Cancer en cuirasse. La cicatrice du sein droit est recouverte d'une croûte épaisse. Le sein gauche est induré. — Tumeur bosselée du volume du poing occupant la partie supérieure. Pas de rétraction du mamelon. Quelques ganglions axillaires. Respiration haletante. Toux sèche avec expectoration peu abondante. Oppression presque continuelle. Quelques accès surtout la nuit.

A l'examen de la poitrine, à la base du poumon droit, matité appréciable. Respiration rude et sifflante à l'origine des bronches. Le murmure vésiculaire ne s'entend pas distinctement à la base. Quelques râles sibilants. L'état général n'est pas très altéré. Pas d'œdème des jambes.

3 *février*. — Mort après plusieurs accès d'étouffement pendant la nuit.

Autopsie le 4 février, vingt-six heures après la mort.

La cicatrice du sein droit adhère à la paroi thoracique. Les petits noyaux disséminés tout autour adhèrent à la fois à la peau et aux parties profondes.

La mamelle gauche est enlevée tout entière; la tumeur dure, squirrheuse, adhère, non à la peau, mais au mamelon.

Au-devant du sternum, dépôt en nappe de matière squirrheuse au niveau de la deuxième pièce. Sur la partie postérieure de la même pièce, lame cancéreuse ayant à peu près la même épaisseur.

A l'ouverture de la poitrine, on trouve la plèvre droite presque remplie de liquide citrin; — près de deux litres à la base. La surface du poumon droit est tapissée de noyaux blancs cancéreux, qui lui donnent l'aspect d'une mosaïque. En certains points ces noyaux adhèrent à la paroi thoracique. Adhérences des faces interlobaires. La plèvre costale présente aussi des noyaux analogues. De même, la face supérieure du diaphragme dont la partie correspond à la base du poumon droit est envahie par le cancer. Surface inégale, chagrinée.

Le poumon gauche est fixé par d'anciennes adhérences à la paroi thoracique dans toute son étendue. Impossible de détacher ces adhérences. A peine peut-on enlever quelques morceaux de poumon. Le péricarde adhère aussi intimement.

A la partie inférieure de la plèvre gauche, foyer purulent enkysté à parois très épaisses. Ce foyer est situé entre le diaphragme en bas, la paroi thoracique en dehors et en arrière, le poumon en haut et en dedans. La paroi qui correspond au poumon présente une épaisseur de plus de 1 centimètre. Le contenu est du pus mêlé à des grumeaux de matière caséeuse. La surface interne de la paroi kystique est très friable.

Dans les médiastins, les ganglions situés à l'origine des bronches ont aussi subi la dégénérescence cancéreuse. Cœur gros. Parois flasques. Caillots fibrineux dans les cavités droites. Pas de lésions d'orifices.

Le *foie*, de volume normal, adhère au diaphragme par sa face convexe. Coloration brunâtre uniforme. Tissu très ramolli.

A la partie moyenne du bord droit on trouve à la coupe un gros infarctus, du volume d'un œuf, qui tranche par sa coloration noire avec le tissu bien violacé du foie. La consistance de l'infarctus est molle; au centre même, on trouve un noyau blanc, gros comme un haricot, et qui à l'œil nu paraît un noyau cancéreux.

L'estomac et les intestins sont sains. Ratatinement de l'intestin grêle. Les reins, de petit volume, sont durs et crient sous le scalpel. Pas d'altération visible à l'œil nu.

Rate, rien à noter.

Péritoine complètement sain. Pas de ganglions mésentériques.

Sur l'utérus (face antérieure du corps), on voit plusieurs noyaux blancs situés sous la tunique péritonéale. Ces noyaux se détachent de l'utérus ; le plus gros est du volume d'un marron. Ils sont durs au toucher, et paraissent formés par du tissu fibreux.

Sur la face postérieure de l'utérus, deux autres noyaux analogues situés plus profondément et faisant moins de saillie. La surface n'est pas blanche comme pour les premiers. Le col est sain.

Obs. CDXXIX. — *Tumeurs squirrheuses généralisées ou mycosis. Mort.* — Mayder (Célestine), quarante-cinq ans, entrée le 3 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 52.

Cette femme, opérée au mois d'août 1872 par M. Tarbés d'une tumeur au sein droit qu'elle portait depuis quatre à cinq mois seulement, fut guérie au bout de quinze jours. La cicatrisation était linéaire. Après l'opération la malade a joui d'une excellente santé. Pendant quatre ans elle a fait régulièrement son travail de femme de ménage. Au mois de mai 1876, elle s'est aperçue qu'elle avait sur le sein gauche et à la base du cou du côté gauche de petits noyaux gros comme des noisettes. Ces petites tumeurs étaient le siège de picotements et de démangeaisons que la malade comparait à des piqûres d'abeilles. Plus tard il s'est développé des noyaux analogues en différents points de la poitrine, en avant, en arrière, sur l'abdo-

men et les cuisses. La malade qui avait été très bien réglée jusqu'alors a vu ses règles cesser il y a deux mois. Depuis une année environ elle a perdu les forces et l'appétit.

L'état général est mauvais. La malade a des tumeurs multiples adhérentes à la peau, situées au-devant de la poitrine, à la base du cou, dans le creux sus-claviculaire de chaque côté; mais surtout à gauche où il existe un énorme ganglion. Les ganglions axillaires sont très volumineux dans l'aisselle gauche, du côté qui n'avait pas été opéré. Tumeurs analogues dans le dos. La plus volumineuse, grosse comme une noix, siège au-devant du sternum et des deuxième et troisième cartilages costaux du côté droit. Cette tumeur, dure au toucher, sans fluctuation, est adhérente à l'os et aux cartilages; la peau n'adhère pas à son niveau.

Sur d'autres tumeurs moins développées, entre autres sur un noyau qui occupe le sein gauche, la peau est violacée, adhérente, et menace de s'ulcérer.

Quelques petits noyaux siègent aussi sur la paroi abdominale, et deux sur la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. Les ganglions inguinaux sont peu volumineux.

Il existe une exostose mousse, aplatie, sur le bord interne de l'humérus gauche, un peu au-dessus de l'épitrochlée. La malade prétend qu'elle ne souffre en ce point que depuis le développement de ces glandes.

Il n'y a jamais eu d'accès d'oppression; la respiration s'entend des deux côtés de la poitrine, elle est un peu plus faible à droite.

On ne trouve rien au cœur.

16-17 *janvier*. — La malade est prise de vomissements glaireux qui reviennent à chaque instant. Frissons plusieurs fois par jour. L'état général devient plus grave. Cependant pas de fièvre. L'oppression est considérable.

18 *janvier*. — L'état de la malade s'aggrave; les extrémités sont froides; l'algidité est complète, l'oppression croissante; la voix presque éteinte.

A l'auscultation de la poitrine on trouve quelques râles humides à la base des deux poumons, en avant et en arrière. Les battements du cœur sont plus faibles (l'oppression est due, probablement, à la compression des pneumogastriques par les ganglions du cou). Respiration 48. Mort à neuf heures du soir par asphyxie, en pleine connaissance.

Autopsie. — On trouve une tumeur située au-devant du sternum; cette tumeur est disséquée. Elle perfore les deuxième et troisième espaces intercostaux droits et adhère au bord antérieur du poumon droit.

Les poumons n'ont d'ailleurs d'autre adhérence que celle formée

par le prolongement de la tumeur. La trachée, la veine cave supérieure, le tronc brachio-céphalique, la carotide primitive et la sous-clavière gauche sont reliés entre eux par une masse infiltrée absolument analogue aux noyaux remarqués sur la surface du corps, de sorte que le pneumogastrique et le phrénique se trouvent englobés dans cette masse.

Il y a des adhérences entre la partie droite du péricarde et la face interne du poumon droit ; ces adhérences s'enlèvent facilement. Le foie paraît sain.

Pas de liquide dans la cavité abdominale. On trouve un noyau sur le péritoine entre l'estomac et le côlon transverse. Il en existe un autre dans l'épaisseur du grand épiploon, au niveau du bord inférieur du côlon transverse. Un troisième plus petit dans le voisinage.

Dans le mésentère quelques ganglions sont peu volumineux, d'autres sont aussi gros que ceux de l'épiploon, comme une petite noix.

Sur le mésentère existent de nombreuses granulations et une petite ulcération déchiquetée comparable à l'un des noyaux. Le péritoine qui tapisse la partie postérieure du bassin présente aussi des granulations analogues.

La colonne vertébrale n'est le siège d'aucune tumeur. On trouve des granulations analogues à celles décrites précédemment sur le péritoine qui tapisse les deux faces latérales de la colonne vertébrale ; sur les reins, petits noyaux identiques intéressant seulement la capsule fibreuse.

Dans l'épaisseur du pancréas, au niveau de la queue, il y a une infiltration qui paraît de même nature. L'utérus est en bissac. Sa longueur est de douze centimètres et demi. Le col est aussi volumineux que le corps. L'orifice très ouvert. Le foie est absolument sain, ramolli; sa coloration est brunâtre et uniforme. La rate n'a rien. Il y a de l'œdème du poumon dans les parties déclives. Les os ne sont pas altérés. Les vertèbres ne présentent pas d'*ostéoporose*.

Le noyau sternal ne paraît pas s'être inséré dans le tissu osseux.

Obs. CDXXX. — *Cancer du sein droit chez un homme de cinquante et un ans. Ablation. Guérison.* — Corriol (Matthieu), cinquante et un ans, mécanicien, entre le 23 juin 1877, salle Saint-Augustin, 75. Pas d'hérédité. Aucune maladie grave antérieure ; ni blennorrhagie, ni syphilis. Fièvres en 1871 sur les pontons. Il y a quatre mois, à la suite d'un coup, il remarqua dans le sein droit une tumeur du volume d'une noisette, dure, adhérente à la peau, complètement indolente. Application de pommades fondantes sans résultat. Depuis quelque temps, développement rapide et douleurs lancinantes dans le sein.

Le sein droit est plus volumineux que le gauche. Le mamelon

est rétracté ; la peau de l'aréole est rouge, recouverte de bosselures très fines, sur l'étendue d'une pièce de deux francs ; au même niveau on voit, par transparence, des capillaires de nouvelle formation, tortueux, finement dilatés, qui arrivent jusqu'au-dessous de l'épiderme. Pas d'ulcération. Ni suintement ichoreux, ni écoulement sanguin par le mamelon. Au toucher, on sent une tumeur dure, lardacée, de consistance squirrheuse, du volume d'un œuf de poule, assez irrégulière, intimement unie au tissu cellulaire et à la peau. Celle-ci, lorsqu'on la plisse, prend l'aspect chagriné. Adhérence de la tumeur avec les muscles postérieurs surtout du côté externe. Rien dans les ganglions axillaires.

Les tumeurs du sein chez l'homme sont relativement rares ; néanmoins, notre pratique de la ville et le grand nombre de malades qui passent sous nos yeux dans le service hospitalier nous ont permis d'en observer un certain nombre.

L'ablation est évidemment indiquée.

23 *juin.* — Chloroforme. Nous faisons une incision elliptique qui circonscrit toute la tumeur et une grande étendue des parties saines; nous détruisons ensuite largement, à l'aide du bistouri, les adhérences profondes, en appliquant des pinces hémostatiques sur les vaisseaux les plus importants, à mesure que nous les sectionnons. De cette ablation résulte une perte de substance assez considérable, mais l'état adipeux de la région facilite le rapprochement des bords de la plaie. Nous réunissons ces bords à l'aide de quatre points de suture entortillée, en laissant à la partie déclive une ouverture suffisante pour l'écoulement du pus et l'introduction d'un tube en caoutchouc perforé. Il a suffi de laisser deux pinces hémostatiques dans la plaie, pendant 24 heures, pour faire l'hémostasie définitive.

24. — TM = 37°,8. Bonne nuit. Le malade mange avec appétit : potage et viande rôtie. Pansement alcoolisé.

25. — Pas de fièvre. Appétit, sommeil, même pansement.

27. — On enlève les épingles que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées.

3 *juillet.* — Formation d'un petit abcès à l'angle interne de la plaie. Ponction, contre-ouverture, passage d'un tube à drainage.

4. — Lavages alcoolisés continués les jours suivants.

18. — La cicatrisation est très avancée ; on réprime à l'aide du nitrate d'argent de gros bourgeons charnus qui s'élèvent de la surface de la plaie. La suppuration est très modérée, on enlève le tube.

21. — Le malade sort guéri.

CHAPITRE XI

MALADIES DES RÉGIONS

§ I

Tête.

Nos lecteurs nous permettront d'attirer leur attention sur les obs. CDXXXVI et CDXXXVII relatives l'une et l'autre à des pustules malignes de la face. Nous trouvons deux autres faits de même nature dans le présent volume (obs. CCXII et CCXIII, p. 456 et 459). Dans le dernier, les accidents aigus étaient passés depuis longtemps, et la malade, qui avait été soignée à la campagne, venait nous prier de remédier à un ectropion consécutif à la cautérisation. Deux des autres cas se sont présentés à quinze jours de distance, 20 juin et 2 juillet, chez des garçons bouchers. L'un (obs. CDXXXVII) avait, depuis quelques jours, un petit bouton qu'il grattait; l'autre reçut un coup qui détermina une petite plaie, et c'est par cette voie que l'inoculation a eu lieu (obs. CCXII). Les deux malades se sont présentés à une époque assez éloignée du début et avec des symptômes déjà graves. Néanmoins les caractères des pustules différaient un peu dans les deux cas.

Tandis que chez l'un (obs. CDXXXVII) ils étaient pour ainsi dire typiques (eschare centrale noirâtre, cercle de vésicules, aréole inflammatoire), chez le second nous n'avons trouvé tout d'abord qu'une vésicule unique, ombiliquée,

et quand plus tard apparut l'eschare centrale, nous n'observâmes qu'une collerette incomplète de vésicules si petites qu'il fallait une certaine attention pour les voir ; mais il y avait au voisinage de la pustule de petites ecchymoses punctiformes. Nous avons, au contraire, rencontré dans les caractères de la tuméfaction une analogie complète. Nous appuyons sur ces caractères de la tuméfaction parce qu'ils nous semblent appelés à rendre de véritables services dans la question du diagnostic. Un autre phénomène important doit être signalé : c'est l'absence complète de symptômes gastriques ; nos deux malades n'ont eu ni nausées, ni vomissements. Chez la femme de l'obs. CDXXXVI au contraire, il y en eut, à partir du troisième jour.

Signalons encore dans ce paragraphe l'obs. CDXXXVIII relative à un sarcome de la joue. Elle montre : 1° que le sarcome cutané et sous-cutané de la face diffère du carcinome et de l'épithélioma, par sa tendance à gagner en profondeur et en largeur, plutôt qu'à s'élever ; 2° que même après l'ablation il récidive dans des intervalles variant entre une et plusieurs années ; 3° qu'il n'envahit que tardivement les ganglions correspondants ; 4° que les sarcomes cutanés contractent des adhérences avec les parties profondes et particulièrement le périoste et les os sur des points circonscrits de leur surface, alors que leur adhérence au derme qui leur a donné naissance est plus importante, ce qui permet de les distinguer des sarcomes ostéo-périostiques ; 5° enfin, que les anaplasties destinées à remédier aux difformités consécutives à l'ablation ne doivent pas être faites immédiatement ; mieux vaut attendre, comme à la suite des épithéliomas et des carcinomes de la face, un ou deux ans pour surveiller les récidives, d'autant plus que l'anaplastie, faite séance tenante, ajoute nécessairement à la gravité de l'opération. Au point de vue local, les sarcomes palpébraux et péri-orbitaires sont susceptibles de provoquer du côté du globe oculaire des troubles reflexes comparables à ceux de l'ophthalmie sympathique.

Un fait intéressant dans le cas particulier de notre ma-

lade est la rapidité avec laquelle la cicatrisation s'est effectuée après chaque opération. Voici, d'ailleurs, quelques réflexions relatives au diagnostic de cette tumeur et aux indications opératoires que nous formulions lors de l'entrée de la malade dans nos salles :

Des symptômes précédents, il résulte que la tumeur a pris naissance dans le maxillaire supérieur ; qu'actuellement elle occupe la paroi supérieure du sinus qu'elle a refoulée, et la moitié supérieure de la face interne qu'elle repousse vers la fosse nasale correspondante qui se trouve ainsi rétrécie ; qu'elle remplit la plus grande partie du sinus, sans déprimer sa paroi inférieure ; qu'elle pénètre dans l'épaisseur de l'os malaire dont elle recouvre les deux faces jusqu'au milieu de l'insertion massétérine. Les antécédents (enchifrènement et polype supposé) portent à croire que la tumeur a pris naissance dans la lame osseuse qui entre dans la composition de la paroi interne du sinus, ou dans la portion osseuse qui entoure le trou sous-orbitaire (engourdissement du nerf dentaire et tendance de la tumeur à se porter de préférence vers l'os malaire et l'orbite). Bien qu'elle remplisse une partie du sinus maxillaire, les raisons qui nous font penser qu'elle n'a pas pris naissance dans la muqueuse de cette cavité sont : l'indépendance absolue du néoplasme relativement à la paroi antéro-inférieure et la moitié inférieure de la face interne du sinus. Quant à savoir s'il est parti du périoste ou du tissu osseux, il est impossible de l'affirmer, bien qu'il soit évidemment situé plutôt en dehors de l'os que dans son épaisseur. Le diagnostic de la nature de la tumeur est plus facile : nous pouvons laisser de côté, étant données la consistance et la marche, les phlegmasies et les collections liquides. De plus, nous n'avons pas la dureté des exostoses, ni celle des fibromes. La muqueuse qui recouvre la saillie buccale au niveau du vestibule n'offre pas la teinte violacée des tumeurs à myéloplaxes. Nous sommes ainsi conduits à admettre qu'il s'agit d'un sarcome fasciculé. En effet, certaines de ces tumeurs, après avoir suivi une marche lente au début, subissent ensuite un prompt accroissement ; elles

ont une consistance spéciale, moindre que celle des fibromes; leurs lobes sont plus étalés, moins agglomérés, arrondis, réguliers, et moins élastiques que ceux des chondromes; ils ne donnent pas lieu aussi facilement à l'ozène, à l'épistaxis, à la cachexie, que les épithéliomas et les carcinomes.

L'observation suivante est relative à une autre production de la même région. Cette tumeur était intéressante surtout par sa structure et sa rareté à la face; il s'agissait de cette variété de cancroïde sur laquelle les histologistes ont discuté longtemps. Les partisans de l'hétéromorphisme les appelaient des tumeurs hétéradéniques; comme le nom l'indique ils supposaient que c'étaient des glandes supplémentaires. Billroth a créé l'expression cylindroma qui n'a pas fait fortune. Chez nous, on désigne généralement ces produits par le nom d'épithélioma tubulé. Leur genèse est extrêmement obscure; on les rencontre un peu partout; un de nos confrères nous a dit en avoir observé un dans le sein, chez un homme. Nous parlions plus haut de leur rareté à la face: elle n'est que relative. Nos volumes de Cliniques en renferment trois observations. Une de ces tumeurs semblait partir des os propres du nez, elle venait faire saillie sous la paupière inférieure œdématiée; à un examen superficiel on eût pu croire aisément qu'il s'agissait d'une tumeur lacrymale. Le sujet de l'observation était un jeune homme de vingt-cinq ans (V. *Clin. de* 1875, Obs. CCXXVIII, p. 338). Une autre fut rencontrée à la partie médiane de la lèvre supérieure; celle-ci était indolente, elle avait mis deux ans à se développer, et présentait l'aspect, la forme, la consistance d'un kyste sébacé (*Clin. de* 1876, p. 523, Obs. CCL); le malade était un homme âgé de vingt-cinq ans. Celle qui fait le sujet de l'obs. CDXL fut enlevée chez une femme de soixante-huit ans; elle avait mis huit ans à se développer.

A. Crane.

Obs. CDXXXI. — *Loupes multiples du cuir chevelu. — Ablation d'une de ces tumeurs située dans la région frontale.* — Bethencourt

(Jules), cinquante ans, sellier, entre le 2 novembre 1877, salle Sainte-Marthe.

Pas d'hérédité. Aucun accident vénérien ou tuberculeux. Bonne santé habituelle. Il y a vingt ans, il a remarqué dans l'épaisseur du cuir chevelu, sur la ligne médiane, à la partie la plus élevée de la région frontale, une tumeur dure, indolente, mobile avec la peau. Cette tumeur s'est accrue insensiblement et régulièrement en restant indolente, mais en devenant de plus en plus molle. Depuis un an, l'évolution a été rapide ; en même temps le malade a constaté, en différents points du cuir chevelu, d'autres tumeurs qui suivent absolument la même marche que la première.

A la partie la plus élevée de la région frontale, sur la ligne médiane, existe une tumeur régulièrement arrondie, globuleuse, du volume d'une orange. La peau qui la recouvre est amincie, distendue, et laisse voir par transparence un grand nombre de capillaires dilatés, arborisés, rayonnant de la base de la tumeur vers son sommet.

A la partie la plus saillante, on voit manifestement un point rose qui semble répondre à l'orifice oblitéré d'une glande sébacée. Au toucher la tumeur donne la consistance des kystes renfermant de la matière sébacée, mélangée en certaines proportions à du liquide. La tumeur semble adhérer à la peau qui la recouvre, elle suit tous les mouvements du cuir chevelu et ne contracte aucune adhérence avec les couches sous-cutanées. Dans la région pariétale gauche, existent deux autres tumeurs cutanées dont l'une a le volume d'une noisette, l'autre celui d'un œuf de pigeon ; comme la précédente, elles sont mobiles avec le cuir chevelu et ne contractent pas d'adhérences profondes, mais la peau qui les recouvre ne renferme pas d'arborisations vasculaires et leur consistance est ferme, solide, comparable à celle de kystes à parois épaisses et fortement distendues. On retrouve dans la moitié gauche de la région occipitale deux tumeurs comparables aux précédentes par leur volume, leur consistance, leur mobilité et leur indolence. Nous sommes évidemment en présence de kystes sébacés du cuir chevelu.

3 *novembre*. — Le malade n'est pas endormi. Nous faisons à la surface de la tumeur frontale une incision cruciale qui nous conduit sur la paroi propre du kyste ; à l'aide d'une dissection minutieuse, nous parvenons à isoler la peau jusqu'à la base d'implantation ; à ce niveau, les adhérences ne sont représentées que par des tractus celluleux assez lâches, aussi parvenons-nous facilement à les détruire par voie d'arrachement. La tumeur étant énucléée, nous reconnaissons dans l'épaisseur du lambeau cutané qui recouvrait sa paroi latérale droite, un petit kyste du volume d'une lentille, parfaitement limité, dont nous faisons aussi l'ablation. L'opération terminée, nous réunissons les lèvres de la plaie à l'aide de six points de

suture métallique. Pansement alcoolisé et ouaté légèrement compressif. De huit pinces hémostatiques placées pendant l'opération, trois seulement sont laissées pendant vingt-quatre heures.

Le kyste contenait de la matière sébacée et du liquide à cholestérine en assez grande abondance. Pas d'accidents consécutifs. Le quatrième jour les fils purent être enlevés et remplacés par des bandelettes de tarlatane collodionnées. Réunion partielle par première intention. Pansement alcoolisé. Douze jours après l'opération le malade sortait, la plaie étant complètement cicatrisée ; nous lui conseillons de venir nous voir de temps à autre afin que nous puissions surveiller la marche des autres tumeurs.

Obs. CDXXXII. — *Tumeur érectile congénitale du cuir chevelu.* — Paillet (Léon), deux mois, est apporté à notre clinique le 19 janvier 1878.

Enfant bien constitué, robuste. Il porte dans la région occipito-pariétale droite, au voisinage de la suture lambdoïde, immédiatement à droite de la ligne médiane, une tumeur cutanée, aplatie, de trois centimètres de diamètre, dont la convexité rappelle celle d'un verre de montre. Cette plaque est assez régulièrement circulaire ; les bords se confondent insensiblement et sans fournir de relief avec les téguments voisins. A ce niveau, la peau présente une teinte rosée par places, lie-de-vin en d'autres points. Au pourtour, on ne voit pas de vaisseaux dilatés. Au toucher la tumeur est mollasse, elle diminue de volume par suite d'une compression prolongée ; au contraire, quand le petit malade pousse des cris elle devient turgescente, ferme et plus élastique. La réductibilité n'est pas complète ; même après une compression prolongée, on sent toujours sous les doigts une masse spongieuse. Il n'existe pas de battements artériels appréciables. La tumeur paraît complètement indolente, l'enfant ne crie pas lorsqu'on la comprime ; mais comme au dire des parents elle a notablement augmenté de volume depuis la naissance, il nous paraît urgent d'en pratiquer l'ablation.

19 *janvier.* — Chloroforme. Après avoir rasé le cuir chevelu, nous circonscrivons la tumeur avec le bistouri pendant que des aides exercent une compression méthodique au pourtour du nœvus. L'ablation nécessite une perte de substance assez petite pour que nous puissions en affronter les bords au moyen de trois points de suture entortillée. A l'aide des épingles nous pratiquons l'acupressure sur les vaisseaux afférents, et nous prévenons ainsi toute hémorrhagie. Pansement simple avec des compresses imbibées d'eau fraîche.

Examen microscopique : Angiome simple, formé par la dilatation des vaisseaux capillaires. Les parois des vaisseaux dilatés sont embryonnaires. En aucun point il n'existe de rupture des vaisseaux et

de communications anormales des capillaires entre eux comme dans l'angiome caverneux.

Nous revoyons le petit malade le troisième jour. On enlève les fils. La réunion est obtenue par première intention sauf à l'angle postérieur de la plaie où il existe un point bourgeonnant de la largeur d'une lentille. Guérison complète au bout de huit jours.

Obs. CDXXXIII. — *Lipôme de la région temporale, ablation par le bistouri.* — Arnod (Pélagie), lingère, trente-deux ans, entre le 6 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 43.

Réglée à dix-huit ans : menstruation difficile au début, s'est établie ensuite régulièrement. 2 accouchements à terme, 4 fausses couches. Pas de maladies graves.

Il y a dix ans, apparition dans la région temporale gauche, à deux centimètres au-dessus de la queue du sourcil, d'une tumeur du volume d'un pois, molle, indolente, mobile sous la peau. Développement lent, progressif, sans gêne ni douleur. La difformité et l'accroissement continu amènent seuls la malade à l'hôpital.

Déformation de la région par une tumeur hémisphérique du volume d'une pomme d'api, limitée en haut, par la racine des cheveux, en bas par le sourcil, en avant par la ligne courbe antérieure de la fosse temporale et restant en arrière distante du conduit auditif de deux travers de doigt. Sa surface est arrondie, unie, sans bosselures apparentes, convexe sous la peau. Celle-ci, légèrement distendue, a conservé sa structure et ses caractères normaux.

Pas de dilatation des vaisseaux superficiels. Pas de mouvements d'expansion et d'affaissement. Au toucher, tumeur mollasse, de consistance pâteuse uniforme, rappelant celle des lipômes, sans points ramollis ou fluctuants. Elle semble sous-cutanée et reste indépendante de la peau. Mobilité appréciable sur les couches profondes.

La marche lente de cette tumeur, son indolence, sa consistance spéciale, nous conduisent à la considérer comme une variété de lipôme. Son accroissement continu, la difformité qu'elle constitue, l'inefficacité du traitement médical et des médicaments fondants, montrent que l'ablation est indiquée.

L'opération d'ailleurs est des plus simples. Elle consiste à faire au centre de la tumeur une incision transversale dépassant les limites antérieure et postérieure, à saisir les bords de l'incision avec des pinces hémostatiques qui serviront en même temps de rétracteurs, et à énucléer la petite masse morbide, partie avec le doigt, partie avec le bistouri et la rugine.

9 *juin.* — Nous incisons du même coup la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et nous tombons sur la face superficielle de la tumeur

que nous isolons des parties voisines avec une grande facilité. Quelques fibres musculaires qui recouvrent le bord antérieur sont incisées avec le bistouri. L'énucléation est ensuite des plus simples.

Quelques vaisseaux superficiels ont seuls été divisés, l'hémostasie temporaire suffit pour prévenir toute hémorrhagie. L'opération terminée, les lèvres de la plaie sont réunies par quatre points de suture métallique. Pansement avec la charpie imbibée d'eau alcoolisée. Une petite mèche munie d'un tube à drainage a été laissée à la partie déclive de la plaie. Une coupe de la tumeur confirme notre diagnostic et démontre que nous avions affaire à une production fibro-graisseuse.

Pas de réaction fébrile. Le 11 juin on enlève les points de suture que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées. Suppuration modérée les premiers jours. La cicatrisation marche rapidement et la malade sort guérie le 18 juin 1877.

B. Face.

Obs. CDXXXIV. — *Épithélioma du front. Ablation. Récidive. Seconde ablation.* — Blot (Marceline), cinquante-quatre ans, couturière, entre le 16 novembre 1878, salle Sainte-Marthe, 53.

Pas d'hérédité, forte constitution, bonne santé habituelle. Menstruation régulière depuis dix-sept ans jusqu'à cinquante et un. Cinq enfants, dont quatre sont morts en bas âge, une fille vivante et bien portante. Il y a quinze mois, apparition au niveau et un peu en dehors de la commissure externe des paupières gauches, d'une petite plaque épithéliale, jaunâtre, aplatie, du diamètre d'une lentille. Cette petite production était le siège d'un prurit qui portait la malade à se gratter. Plusieurs fois elle la fit saigner. Un médecin de la ville, consulté, ordonna des applications d'un liniment qui ne produisit aucun effet. Trois mois après le début, ulcération qui s'étendit progressivement et envahit l'angle externe des paupières, surtout la supérieure. Le 3 septembre dernier, l'ablation de la tumeur fut pratiquée dans ce service par M. Terrillon, à l'aide du bistouri; pansement à plat avec la tarlatane imbibée d'eau alcoolisée phéniquée. La cicatrisation marcha rapidement, mais avant qu'elle fût complètement obtenue, deux bourgeons de mauvaise nature se développèrent à l'angle interne de la plaie, du côté des paupières. La plaie chirurgicale laissa après elle une cicatrice peu apparente, mais quelque temps après la sortie de la malade, les bourgeons de mauvaise nature s'ulcérèrent. L'ulcération s'étendit rapidement, envahissant le tissu de cicatrice et les téguments voisins, et déterminant des picotements et des douleurs lancinantes du côté des paupières. La malade entre de nouveau à l'hôpital.

L'ulcération a envahi la moitié supérieure de la région malaire, les téguments du bord orbitaire externe, la queue du sourcil et le tiers externe des deux paupières gauches. Les bords sont irréguliers, sinueux, festonnés, recouverts de gros bourgeons charnus, fongueux, mollasses, saignants. Ces bourgeons se retrouvent avec les mêmes caractères sur le fond de l'ulcération ; dans les anfractuosités qui les séparent, on voit des détritus purulents mélangés à des débris épithéliaux; un liquide ichoreux caractéristique baigne toutes ces parties.

L'ulcération repose sur une base indurée qui paraît elle-même confondue avec le périoste en plusieurs points. La conjonctive palpébrale et oculaire est saine. Rien dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires. Rien dans les organes éloignés.

16 *novembre*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous circonscrivons largement l'ulcération et nous la disséquons par sa face profonde. Nous enlevons ainsi la moitié externe des paupières et la partie correspondante de la conjonctive, la moitié externe du sourcil et les parties molles du rebord orbitaire externe et de la région malaire. Le périoste nous paraît suspect, nous le ruginons et nous réséquons profondément l'os malaire et le bord de l'orbite ; six pinces hémostatiques sont laissées sur les vaisseaux pendant vingt-quatre heures. Pansement à plat avec la tarlatane imbibée d'eau alcoolisée phéniquée, compression légère avec la ouate.

17. — Pas de réaction fébrile. On enlève les pinces, pas d'hémorrhagie, même pansement.

24. — Suppuration modérée, surface granuleuse de bel aspect. La malade quitte le service ; elle se fera soigner en ville.

Obs. CDXXXV. — *Furoncles multiples du nez et de la face*. — Molasson, quarante-sept ans, entre le 10 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 12.

Le malade dit, qu'en temps ordinaire, son nez n'a rien d'exubérant. Il y a cinq semaines, il fit une chute sur la figure. Il n'en résulta pas d'épistaxis ; mais il eut un gonflement notable du nez qui disparut deux jours après, et il resta une teinte noire persistante. Au bout du nez il y avait une écorchure. Le jeudi 1er mars, de la rougeur parut à la pointe, autour de la petite plaie, ou plutôt au niveau de l'endroit où elle était, car le malade prétend qu'elle était complètement guérie. Il se fit de nouveau du gonflement et en trois jours tout le nez était envahi. Cette invasion s'accompagna de malaise général et d'un peu de fièvre. Le gonflement s'étendit aux joues, mais la rougeur ne dépassa pas le nez. Le gonflement des joues disparut bientôt. Il y a quelques jours, au niveau de l'union des os propres avec le cartilage, la partie devint plus molle, luisante, et s'ouvrit. Puis en d'autres points il se forma d'autres ouvertures.

Teinte rouge, érysipélateuse de tout le nez gonflé. La tuméfaction est exactement limitée aux sillons qui le séparent des joues et des lèvres. La peau est chaude ; sur beaucoup de points on voit sortir du pus blanc, épais, principalement sur l'aile gauche, à l'extrémité des os propres, et sur la partie latérale gauche. En ces points la peau est comme criblée; en d'autres points, les tissus sont ramollis et il existe de la fluctuation à foyers multiples. On fait plusieurs incisions qui réunissent tous les orifices ; il sort du sang en abondance : *cataplasmes*. Les jours suivants la peau se recolle rapidement. Le malade demande à sortir le 17 mars. Le nez est encore volumineux.

L'examen de l'urine n'a révélé l'existence ni de sucre ni d'albumine.

Obs. CDXXXVI. — *Pustule maligne de la face. Cautérisation au fer rouge le huitième jour. Guérison.* — Prin (Alphonsine), quarante-sept ans, ménagère, entre le 14 septembre 1877, salle Sainte-Marthe, 43.

Forte constitution. Bonne santé habituelle. Le 7 septembre, dans l'après-midi, elle écorcha un petit bouton prurigineux, situé sur la joue droite au niveau du sommet de l'alvéole de la canine supérieure et dont le début est passé inapercu. Elle ne se souvient pas d'avoir été piquée par une mouche. Elle n'a touché ni viande, ni laine, ni plume, ni crins. Dans la journée le bouton a augmenté de volume, un peu de sérosité est sortie par l'écorchure et le prurit a persisté. La région parotidienne droite se tuméfie pendantla nuit. Rien à noter jusqu'au 10 à quatre heures du soir. Durant cette période, pas de symptômes généraux, pas de fièvre, appétit conservé, sommeil tranquille. Dans la soirée du 10, frisson et fièvre, la malade est obligée de se mettre au lit. Point noirâtre à la place de l'écorchure, le prurit a complètement cessé ; la tuméfaction s'étend à la région sous-maxillaire droite. La nuit est assez bonne. Le 11 et le 12, fièvre intense, la malade garde le lit, perte complète de l'appétit, sommeil troublé par des rêvasseries. La tuméfaction s'accentue, mais reste localisée à la joue et aux régions parotidienne et sous-maxillaire ; la lèvre, le nez et les paupières conservent leur aspect normal; l'eschare grandit. Le 12 au soir, le mari de la malade, effrayé de cet état, l'emmène chez un pharmacien qui se déclare incompétent. Le 13, fièvre moins forte, les symptômes généraux s'amendent, la malade se lève et travaille un peu. Symptômes locaux stationnaires. La malade remarque un cercle de vésicules autour de l'eschare. Nuit assez calme.

14 *septembre*. — Elle voit un médecin qui l'envoie à l'hôpital. Disparition des symptômes généraux.

15. — La pustule maligne est des plus nettes. Eschare centrale noirâtre, cercle complet de vésicules remplies d'un liquide trouble ; quelques-unes se sont affaissées ; à leur place, desquamation épithé-

liale. La tuméfaction des régions parotidienne et sous-maxillaire est moindre que les jours précédents, au dire de la malade. Pas de fièvre, un peu d'appétit. Cautérisation de la pustule au fer rouge. Pansement phéniqué.

16. — Même pansement, le mieux s'affirme, l'œdème disparaît. Appétit et sommeil calme. L'eschare tombe le lundi. Reste une plaie circulaire du diamètre d'une pièce de un franc, assez régulière et recouverte de bourgeons charnus de bonne nature.

18. — La malade quitte le service ; elle vient se faire panser tous les deux jours. Guérison complète au bout de quinze jours. Reste une petite cicatrice, un peu déprimée.

Obs. CDXXXVII. — *Pustule maligne de la face, bactéridies dans le sang. Incision cruciale et cautérisation avec le sublimé corrosif. Guérison.* — Lebouvier (Henry), vingt-sept ans, garçon boucher, entre le 22 juin 1877, salle Saint-Augustin, 74.

Ce garçon est d'une constitution très robuste; il travaille dans une boutique de la rue Saint-Denis, ne va jamais à l'abattoir et manie simplement la viande qu'il débite, jamais les peaux des animaux. Il raconte qu'il a épluché ces jours derniers, pendant les grandes chaleurs, des rognures de morceaux avariés, sur lesquels se posaient de grosses mouches. Le mercredi 20 juin, vers trois heures de l'après-midi, le malade sentit au-dessous de l'oreille gauche un petit bouton qui était le siège de vives démangeaisons. Il gratta le bouton, et le soir même il y avait un peu de gonflement tout autour. Néanmoins, le malade dormit bien pendant la nuit ; mais le lendemain, le gonflement avait considérablement augmenté. Ce jour-là, 21 juin, le malade dut cesser son travail à midi, à cause d'un violent mal de tête.

La seconde nuit le malade ne dormit pas, et le surlendemain, moins de quarante-huit heures après l'apparition du petit bouton, il se présente à l'hôpital Saint-Louis, avec un énorme gonflement du cou et de la joue.

Dans la journée du 22 juin, l'interne de garde, M. Avezou, voit seul le malade. Il constate autour du bouton ulcéré et noirâtre, une couronne de petites vésicules remplies de sérosité. Il n'intervient pas activement et se contente de faire appliquer des cataplasmes sur la région.

23 *juin*. — Le gonflement œdémateux du cou et de la joue est très étendu. Œdème du pavillon de l'oreille et des paupières du côté gauche : l'œil gauche est complètement fermé. Toute la moitié gauche de la joue est gonflée. En bas, l'œdème se prolonge au delà de la racine du cou ; la paroi antérieure de la poitrine et la région de l'épaule sont atteintes. Il n'y a pas de bourrelet s'arrêtant brusquement à la limite de l'œdème.

Un peu au-dessous du lobule de l'oreille gauche, existe une petite

ulcération noirâtre, ayant 1 centimètre de diamètre environ, et entourée d'un cercle de vésicules confluentes. Rougeur de la peau tout autour, dans une grande étendue. L'œdème est dur; cependant, le doigt laisse une empreinte légère sur toute la région œdématiée. L'état général est assez grave : insomnie, rêvasseries et agitation pendant la nuit.

Le pouls est un peu petit, 116. La température axillaire est de 39°,3.

Le début de la maladie, l'eschare noirâtre avec le cercle de vésicules caractéristiques, l'étendue du gonflement et l'état général ne laissent subsister aucun doute pour le diagnostic. Il s'agit d'une *pustule maligne* qui date de trois jours. Incision cruciale, arrêt de l'écoulement du sang par une compression de quelques minutes, application de sublimé corrosif en poudre, qu'on laisse en place jusqu'au lendemain, à l'aide d'un morceau de sparadrap. Potion cordiale à l'intérieur. Le soir il n'y a pas de changement appréciable.

P = 112. — T A = 39°,7.

24. — Le malade déclare avoir dormi un peu la nuit. Le gonflement est toujours le même ; il n'y a ni augmentation ni diminution. Le caustique a produit une large eschare noirâtre, dont la surface égale à peu près celle d'une pièce de cinq francs. L'eschare est limitée par des phlyctènes remplies de sérosité louche.

P = 104. — T A. = 39°,6. Pas de diarrhée ni de constipation. Le malade n'a pas eu non plus de salivation. On retire deux gouttes de sang de la pulpe d'un doigt pour les examiner au microscope. M. Sabourin, interne du service, constate dans le sang la présence de petits filaments analogues à ceux décrits par Davaine, et n'offrant aucun mouvement spontané, c'est-à-dire de véritables *bactéridies*. Il y a aussi un bien plus grand nombre de petites granulations disséminées entre les globules.

25 *juin*. — Amélioration sensible. Le malade a bien reposé la nuit. Le gonflement de la face et du cou a déjà considérablement diminué.

P = 88. — T A = 38°.

26. — Le malade est levé ; les paupières étant à peu près dégonflées, il peut ouvrir l'œil gauche. Le mal de tête a complètement disparu. Le malade est maintenant tout disposé « à manger et à boire comme un ambassadeur, » dit-il. Pas de fièvre.

P = 80. — T A = 37°,3.

27. — La joue est en partie dégonflée, il ne reste que l'eschare du caustique limitée par une aréole rouge et séparée de cette aréole par un sillon naissant qui laisse suinter un peu de pus.

29. — Les bords de l'eschare commencent à se détacher, mais la masse elle-même est très adhérente ; au-dessous de l'eschare, il y a une induration du tissu cellulaire qui se prolonge sur la mâchoire

inférieure, jusqu'en avant du masséter et jusqu'au milieu de la joue.

3 *juillet.* — Le malade sort de l'hôpital le 3 juillet, avant la chute complète de l'eschare. Des bourgeons charnus apparaissent au fond de la plaie qui a 3 centimètres dans son diamètre vertical, et deux et demi dans son diamètre transversal.

Le malade revient tous les jours dans la salle se faire panser.

Le 15 juillet nous avons trouvé la plaie déjà bien rétrécie, ayant environ un centimètre de profondeur. L'induration du tissu cellulaire persistait encore à la partie inférieure.

Le sang examiné au microscope ne contenait plus ni bactéridies ni granulations brillantes.

Obs. CDXXXVIII. — *Sarcome de la région malaire. Nombreuses récidives.* — Caberte (Maria), trente-sept ans, journalière, entre le 24 mai 1878, salle Sainte-Marthe, 55. Femme maigre, bien constituée. Pas d'hérédité (elle est la dernière née de 14 enfants). Ni syphilis ni tuberculose. Ophthalmies dans l'enfance. Réglée régulièrement depuis l'âge de 18 ans; un enfant bien portant, jamais de maladies graves. Il y a douze ans, à la suite d'un coup de poing qu'elle reçut sur l'œil gauche et qui détermina de la tuméfaction des paupières et de la conjonctivite, elle remarqua, au milieu du sillon orbito-palpébral inférieur, une tumeur du volume d'un pois, dure, sous-cutanée, complètement indolente. Cette tumeur fut enlevée à Gênes, à l'aide du bistouri, et la cicatrisation s'effectua rapidement. Depuis cette époque, la malade affirme avoir subi sept opérations, la tumeur ayant récidivé sur place autant de fois. Ces opérations s'effectuent à intervalles de neuf à dix mois, la malade n'attendant pas que la tumeur eût dépassé le volume d'une petite noisette. La quatrième fois, néanmoins, elle patienta deux ans; la tumeur avait le volume d'une noix, lorsqu'on en fit l'ablation. Dans aucun cas on n'employa le chloroforme, ce qui permet de supposer que les opérations étaient peu graves et de courte durée. Chaque fois la cicatrisation s'effectua rapidement et sans accidents, si l'on en excepte quelques poussées inflammatoires aiguës du côté des ganglions sous-maxillaires. La dernière opération eut lieu il y a cinq mois à Turin; cette fois la récidive s'est effectuée avec une rapidité qui effraye la malade et l'amène à l'hôpital.

La région malaire gauche est déformée par des saillies et des dépressions anormales. Du côté de la peau, on voit les cicatrices des précédentes opérations; elles sont linéaires, rosées, au même niveau que les tissus voisins, et démontrent qu'il n'a jamais été fait de perte de substance notable du côté des téguments; l'une d'elles permet de reconnaître la nature de l'opération qui en a amené le développement. Elle se compose d'une ligne cicatricielle verticale étendue de la partie moyenne du sillon orbito-palpébral inférieur à la partie infé-

rieure de la région malaire. De chaque extrémité de cette ligne en partent deux autres dirigées horizontalement, la supérieure vers l'angle externe de l'œil, l'inférieure vers le sommet de l'apophyse zygomatique. Cette disposition indique nettement qu'il s'agissait d'une tumeur sous-cutanée d'un certain volume, non adhérente à la peau, et qu'on est allé à sa recherche en taillant une fenêtre quadrilatère que l'on a rabattue sur la surface cruentée après l'ablation. Actuellement, il existe deux tumeurs distinctes : la première occupe la surface de l'os malaire ; elle est arrondie, du volume d'une noix, sous-cutanée ; la peau qui la recouvre est soulevée, mais conserve ses caractères normaux et ne présente pas de vascularisation de nouvelle formation, elle est complètement mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est solide, rénitente, élastique, et rappelle par sa consistance celle de certains sarcomes ; elle est intimement adhérente à la surface osseuse sous-jacente. La seconde tumeur siège à l'extrémité externe du sillon jugo-orbitaire ; elle présente le volume et la forme d'un haricot, et fait saillie au-dessus des téguments à la manière de certaines verrues. Sa surface lisse et unie semble recouverte par une simple lamelle épidermique, au-dessous de laquelle on voit par transparence une infinité de capillaires vivement injectés. Au toucher elle est mobile avec la peau dans l'épaisseur de laquelle elle siège manifestement. Sa consistance est plus molle que celle de la première tumeur et ne diffère pas notablement de la consistance des téguments. Cette production cutanée rappelle par sa forme, son aspect, sa consistance, les chéloïdes cicatricielles. Les deux tumeurs sont complètement indolentes tant à la pression que spontanément. Les ganglions parotidiens, cervicaux et sous-maxillaires ne présentent rien de particulier. Du côté de l'œil gauche on observe : injection des capillaires de la conjonctive qui tapisse la paupière inférieure ; staphylome opaque partiel avec synéchie antérieure. Le début de ces accidents remonte à quatre ans. Les troubles fonctionnels sont surtout appréciables quand l'œil droit est fermé. On constate alors qu'il existe de l'amblyopie ; que la malade compte quatre doigts lorsqu'on en montre trois ; que le champ visuel est considérablement diminué, au-delà de 2 mètres la vision est abolie. Pas de troubles sympathiques du côté de l'œil droit. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. Etat général satisfaisant, sommeil tranquille, appétit normal.

25 *mai*. — Chloroforme. — Après avoir enlevé largement la petite tumeur cutanée qui répond à l'extrémité externe de la paupière inférieure, nous faisons une incision verticale à la surface de la tumeur malaire, nous disséquons par sa face profonde la peau, qui ne présente aucune adhérence, afin de la conserver. La tumeur s'implante sur le périoste, nous l'enlevons largement, nous ruginons l'os

et nous en pratiquons l'évidement. A la partie antérieure, nous pénétrons dans les fosses nasales. Quatre pinces hémostatiques sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. Quatre points de suture métallique réunissent aux téguments de la joue le lambeau cutané qui recouvrait la tumeur. Passage d'un drain dont l'un des bouts sort à l'angle inférieur de la plaie, et dont l'autre bout sort par la narine. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif.

Examen histologique. — La disposition générale des gros éléments de la tumeur est fasciculée. On voit au microscope des éléments fusiformes avec et sans noyaux, les éléments sont séparés par une matière amorphe très abondante. Vaisseaux à parois embryonnaires.

Diagnostic histologique. — Sarcome fibro-plastique. (Variété fuso-cellulaire à grandes cellules de Rindfleisch).

26. — T M = 37°,6. S = 37°,8. — On enlève les pinces, pas d'hémorrhagie, injections par le tube à drainage, même pansement que la veille.

27. — Température et pouls normaux. Appétit et sommeil.

On enlève les fils le quatrième jour. Réunion du lambeau par première intention. A partir de ce moment, la cicatrisation marcha très rapidement, elle fut complète en dix-sept jours. La malade quitte le service le 12 juin 1878. Il existe un peu d'ectropion déterminé par la rétraction du tissu cicatriciel et une fenêtre, sous forme de fistulette, qui fait communiquer les fosses nasales avec l'extérieur.

La malade rentre dans notre service le 30 novembre 1878, pour une nouvelle récidive sur place. Il y a un mois, un noyau apparut dans l'angle formé par les sillons orbito-palpébral inférieur et naso-jugal, et a évolué très rapidement sans déterminer de douleur. A la même époque, ulcération de la cornée du côté du staphylome et fonte de l'œil. Actuellement, la tumeur a le volume d'un œuf de pigeon; elle est limitée en haut par le sillon orbito-palpébral inférieur, en avant par le sillon naso-jugal, en arrière par les insertions malaires des muscles zygomatiques. Elle est ovoïde, à grand axe transversal. Sa surface est convexe, lisse et unie sans bosselures apparentes ; elle soulève la peau sans lui adhérer ; celle-ci a conservé ses caractères normaux. Au toucher, la tumeur est dure, de consistance sarcomateuse comme celle que nous avons enlevée il y a six mois. Sa face profonde est intimement adhérente à l'os sous-jacent. Rien dans les ganglions parotidiens et sous-maxillaires. La cavité orbitaire gauche est vide et masquée par la paupière supérieure qui se déprime au-devant d'elle. Ectropion léger de la paupière inférieure ; lorsqu'on écarte les paupières, on voit que le fond de la cavité est occupé par un moignon cicatriciel de bon aspect.

30 *novembre* 1878. — Chloroforme. Incision cruciale de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, à la surface de la tumeur. Celle-ci dépend du périoste. Lorsqu'elle est mise à nu, nous circonscrivons sa base par une incision, puis à l'aide de la gouge et du maillet, nous réséquons profondément la portion d'os sur laquelle elle s'implante. Quatre pinces hémostatiques sont laissées sur les vaisseaux. Les bords de l'incision ne sont pas réunis. Pansement à plat à l'eau alcoolisée phéniquée.

1er *décembre*. — T M = 37°,8. S = 38°,2. — Insomnie. — Céphalalgie frontale. On enlève les pinces et on renouvelle le pansement.

2. — T M = 37°,6. S = 38°. P = 96. — La nuit a été assez calme, la céphalalgie a diminué. La malade prend des bouillons et du vin de quinquina.

3. — T M = 37°,8. S = 38°. P = 96. — Le mieux persiste, la céphalalgie a disparu.

4. — Température normale. Suppuration modérée. Surface granuleuse de bel aspect. Cicatrisation complète en douze jours. La malade quitte le service le 13 décembre 1878.

Obs. CDXXXIX. — *Sarcome de la joue droite parti de la portion orbito-malaire du maxillaire supérieur. Extirpation de la tumeur. Résection du maxillaire supérieur. Erysipèle. Guérison.* — Lunais (Jean), cinquante-quatre ans, jardinier, entre le 24 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 29, pour une tumeur du côté droit de la face. Sujet maigre, affaibli par les fatigues et les privations. Jamais de maladies graves ; ni scrofule ni syphilis. Depuis trois ans, il est continuellement enchifrené, et respire moins facilement par la narine droite. Un médecin qu'il consulta à ce propos, lui dit qu'il avait un polype nasal; néanmoins aucun traitement n'a été, jusqu'à ce jour, dirigé contre cette affection.

Il y a neuf mois, il remarqua à la hauteur du trou sous-orbitaire du côté droit et un peu en dehors une tumeur du volume d'un pois, dure, indolente, sans adhérences avec la peau.

En même temps apparurent des névralgies dentaires, du côté correspondant, de l'arcade alvéolaire supérieure; le malade consulta un médecin qui ordonna des frictions avec une pommade. Ce traitement resta sans effet. L'évolution de la tumeur, lente d'abord, est devenue plus rapide dans les derniers temps.

Déformation de la joue droite, analogue à celle que produisent les tumeurs du sinus maxillaire. La région est envahie par une saillie recouvrant une partie de l'os malaire et la plus grande partie de la face externe du maxillaire supérieur. Elle est ovoïde, du volume d'un œuf de dinde, assez nettement circonscrite; limitée en dedans par le sillon naso-jugal qui est effacé dans sa partie moyenne, en dehors par les insertions zygomatiques du bord antérieur du masséter, en

haut par le bord adhérent de la paupière inférieure qui est légèrement soulevé; en bas la tumeur descend dans la fosse canine, jusqu'au niveau du bourrelet gingival.

La peau qui la recouvre est rouge, tendue, luisante, et parcourue par des capillaires de nouvelle formation. Par la palpation on reconnaît que la peau est mobile à la surface de la tumeur; celle-ci au contraire est intimement adhérente par toute l'étendue de sa face profonde aux tissus sous-jacents. Elle est dure, bosselée, de consistance sarcomateuse et ne donne en aucun point de sensation de fluctuation ou de bruit de parchemin. Rien du côté de la voûte palatine et de l'arcade alvéolaire; toutes les dents de cette moitié de la mâchoire supérieure font défaut à l'exception de la première petite molaire. L'inspection des fosses nasales par le toucher et le spéculum nous démontre que la tumeur fait saillie de ce côté et s'étend profondément en haut vers la lame criblée de l'ethmoïde, en arrière vers l'apophyse zygomatique. Pas d'exophthalmie, pas de troubles de la vision. L'odorat est conservé, mais le malade respire difficilement.

24 mars. — Chloroforme. Hémostasie préventive à l'aide de pinces placées sur la lèvre supérieure de chaque côté de la ligne médiane et sur la sous-cloison. Éponges montées, placées dans le vestibule de la bouche, pour éviter la chute du sang vers le larynx; la tête est maintenue un peu élevée pour la même raison. Écartement des mâchoires à l'aide de l'instrument de Lüer. Ces précautions prises, nous divisons la lèvre supérieure sur la ligne médiane, nous contournons l'aile du nez en suivant le sillon naso-jugal, jusqu'à la base de la paupière inférieure. De l'extrémité supérieure de cette première incision, nous en dirigeons une autre transversalement dans le sillon jugo-palpébral, jusque sur l'os malaire. Nous disséquons la face profonde du lambeau ainsi tracé en ne conservant que la peau. La face externe de la tumeur se trouve ainsi mise à nu, par le procédé de Nélaton. Nous détachons alors l'aile du nez, afin d'isoler la tumeur du côté interne. Puis, nous procédons à l'ablation à l'aide du bistouri et des pinces de Liston en allant toujours de dehors en dedans, de manière à ce que les vaisseaux de la bouche soient coupés les derniers. Nous réséquons en dernier lieu l'apophyse montante du maxillaire, et la tumeur se trouvant isolée de toutes parts, nous la luxons à l'aide d'un fort davier. La masse principale étant enlevée, nous poursuivons un prolongement du côté des fosses nasales, jusqu'à la lame criblée. Compression exercée sur les surfaces osseuses saignantes à l'aide de grosses éponges. Sur douze pinces hémostatiques placées pendant l'opération, deux seulement sont laissées à demeure. Réunion et suture des lèvres de la plaie par sept fils métalliques. Pansement alcoolisé.

24. — T = 39°. P = 112. On enlève les deux dernières pinces et les éponges, pas d'hémorrhagie. Les suites immédiates furent des plus simples, la fièvre tomba dès le troisième jour. Le 2 avril, la cicatrisation était complète et solide ; mais le 3 avril survint un érysipèle de la face qui retarda la guérison. Le malade conduit au châlet (salle d'isolement) fut traité par le mélange d'éther et de térébenthine. Le 4 mai la guérison était complète et définitive, le malade retourna chez lui.

Obs. CDXL. — *Epithélioma tubulé de la pommette. Extirpation.* — Godignon (Marie), soixante-huit ans, journalière, entrée le 29 décembre 1876, salle Sainte-Marthe, 41. — La malade déclare avoir toujours joui d'une excellente santé. Pas d'antécédents cancéreux. Le mal actuel a débuté il y a huit ans, par un petit bouton gros comme la tête d'une épingle sur la pommette droite, à la limite de la paupière inférieure ; la malade grattait ce bouton qui par moments était le siège de démangeaisons.

Pendant cinq ans, le bouton, qui s'était ulcéré, est resté large comme une pièce de 50 centimes. Mais il y a trois ans, il s'est formé au niveau de l'ulcération une petite tumeur, d'abord du volume d'une noisette, qui a grossi successivement. Cette dernière année surtout le développement a été considérable.

2 *janvier*. — La région de la pommette droite est occupée par une tumeur grosse comme une pomme, à surface ulcérée. Cette surface est inégale : elle offre de petites saillies ayant l'aspect de papilles hypertrophiées, entre lesquelles se trouve de la matière grisâtre.

La tumeur arrive presque jusqu'à l'angle externe de l'œil et remonte en dehors jusqu'au niveau de l'arcade zygomatique.

Pas d'engorgement ganglionnaire. Sur le nez, petite croûte, large comme une pièce de 20 centimes. Cette croûte existe depuis quatre à cinq ans. Elle s'est déjà exfoliée plusieurs fois.

De plus, la malade porte sur la poitrine, sur la paroi latérale droite, un petit lipôme, gros comme une noix. La tumeur de la face n'est pas douloureuse.

6. — Extirpation de la tumeur. La paupière inférieure est enlevée en partie, au niveau de l'angle externe de l'œil. La plaie remonte en haut jusqu'à la région temporale, et s'étend, en dedans, jusqu'au nez. — *Epithélioma tubulé.* — On enlève avec la gouge quelques lames osseuses de l'os malaire. Application de pâte de Canquoin.

7 *et* 8. — Pas d'accidents. Réaction fébrile modérée. La température maxima, prise dans le vagin, n'a pas dépassé 38°,6. Œdème des deux paupières.

15. — Nouvelle application de pâte de Canquoin à la partie inférieure et externe de la plaie, sur un noyau induré. Pâte de

Vienne sur la croûte du nez qui pourrait être le point de départ d'une récidive sur place. Ectropion de la paupière inférieure.

30. — Chute de l'eschare. La face antérieure de l'os malaire est à nu, dépouillée de périoste. La plaie se rétrécit. On cautérise les bourgeons charnus. La croûte du nez a fait place à une petite ulcération large comme une pièce de 20 centimes, après la chute de l'eschare.

14 *février*. — La cicatrisation se poursuit. La plaie se rétrécit. L'œdème des deux paupières persiste; appétit modéré.

15. — La plaie est réduite des deux tiers, il ne reste plus que la face antérieure de l'os malaire qui est à nu et dépouillée de son périoste. Paralysie faciale incomplète du côté droit. Les branches du facial qui se rendent à la lèvre supérieure ont été coupées. Insensibilité à une légère pression. La commissure gauche est un peu déviée. Pour manger, la malade est obligée d'écarter les lèvres avec le doigt.

25. — La malade sort de l'hôpital avec une plaie large comme une pièce de 10 centimes. Ce qui la gêne le plus, c'est la paralysie de la face. Elle ne souffre pas de son œil droit, quoique l'ectropion de la paupière inférieure soit assez marqué.

Au mois de juin la malade revient à la consultation. Il reste au niveau de la saillie de l'os malaire une plaie large de deux centimètres et recouverte d'une croûte. Il n'y a eu sur aucun point trace de récidive.

§ II

Cou.

Les 27 observations comprises dans ce paragraphe se répartissent ainsi :

Région parotidienne, 8.
— sous-maxillaire, 9.
— sterno-mastoïdienne, 6.
— sous-hyoïdienne, 1.
— sus-claviculaire, 1.
— cervicale postérieure, 2.

Ce nombre comprend 16 affections ganglionnaires, dont 5 dans la région parotidienne, 8 sous-maxillaires, 2 sterno-mastoïdiennes et une sus-claviculaire. Nous n'avons pas à re-

venir sur cette question longuement étudiée les années précédentes. Nous nous bornerons simplement à attirer l'attention sur l'obs. CDXLV relative à une fistule lymphatique de la région parotidienne survenue après une adénite suppurée de même siège chez un enfant de neuf ans.

La marche de la maladie, son siège, l'aspect du liquide, cette particularité qu'il venait en surabondance pendant la mastication, nous permettaient de supposer qu'il s'agissait d'un abcès développé primitivement dans le tissu cellulaire, autour d'un des ganglions qui sont accolés aux acini de la parotide et qui deviennent secondairement le point de départ d'une de ces fistules salivaires que l'on observe quelquefois, à la suite des inflammations, consécutivement aux traumatismes ou aux pertes de substance de la glande. Pour notre part, nous avons vu un certain nombre d'exemples dans lesquels l'examen du liquide nous montra qu'il s'agissait réellement de faits de ce genre. Mais dans le cas actuel, en présence de la constitution du malade, de son jeune âge, de la présence de quelques croûtes dans le cuir chevelu, malgré l'absence de ganglions malades sur les autres points du cou, nous devions nous demander s'il ne s'agissait pas d'une de ces fistules lymphatiques qui succèdent aux adénites suppurées, aiguës, chroniques et même caséeuses. Bien que les adénites suppurées soient fréquentes dans cette région, et que les fistules qui leur succèdent lorsqu'elles sont ouvertes spontanément ou artificiellement soient rares ; bien qu'elles aient été à peine mentionnées et surtout bien qu'elles ne donnent pas lieu à un écoulement de liquide abondant, surtout pendant la mastication ; bien qu'il n'y eût pas, dans le cas présent, de vestige d'un ganglion primitivement malade dans la région et que les ganglions voisins fussent complètement sains, il nous parut utile de faire examiner le liquide au point de vue chimique et microscopique afin de trancher la difficulté.

Les adénites suppurées dans cette région sont fréquentes surtout chez les jeunes enfants, et nous en pouvons voir presque à chacune de nos consultations. Lorsqu'elles sont



aiguës, et c'est dans ce cas qu'elles sont le plus souvent uniques, elles succèdent presque toujours à une inflammation qui a pris son point de départ sur une des régions voisines. Plus l'inflammation est aiguë, plus la suppuration est abondante, plus la tumeur est volumineuse, plus aussi il importe d'ouvrir de bonne heure les téguments, pour empêcher l'ulcération et la difformité qui en est la conséquence. A la suite de cette ulcération, on voit, en effet, une fistule à bords irréguliers, fournir pendant un certain temps de la sérosité purulente comme dans les autres régions, mais il est presque sans exemple de voir une portion de la parotide se laisser détruire par la suppuration et donner lieu à une fistule salivaire. Lorsque l'adénite a une marche chronique, la tumeur est habituellement plus volumineuse et met plus de temps à s'ulcérer. Dans ces deux cas, sous l'influence d'un traitement local des plus simples, quelques cautérisations par exemple, et surtout sous l'influence d'un traitement général, lorsqu'il y a indication, la fistule s'oblitère. Lorsque l'adénite est tuberculeuse, comme cela s'observe chez les enfants et surtout chez les adultes, la marche est encore beaucoup plus lente ; l'invasion de plusieurs ganglions est encore plus fréquente, et les fistules laissent passer de temps en temps des masses caséeuses mélangées au liquide séro-purulent ; les fistules consécutives ne diffèrent pas sensiblement de celles qui suivent des adénites simples suppurées du cou et des autres régions. Mais ce qui est rare et qui donne à l'observation de notre malade un intérêt particulier, c'est l'aspect et l'abondance du liquide. Il ressemble à celui des abcès salivaires que nous avons eu plusieurs fois occasion de constater dans cette région, et, particularité intéressante, l'hypersécrétion a lieu surtout pendant la mastication.

L'obs. CDLXV vient à l'appui de ce que nous disions l'année dernière, à ce propos ; nous insistions sur la difficulté de distinguer les tumeurs malignes de certaines hypertrophies, de porter un pronostic même après une observation prolongée, même après l'ablation et l'examen micrographique ; nous tirions de cette difficulté une indication opé-

ratoire. Nous devons toujours nous placer dans l'hypothèse la plus grave : toutes les fois qu'une tumeur qui a longtemps présenté les caractères d'une hypertrophie simple semble évoluer en sens inverse et se rapprocher du sarcome, il faut laisser de côté la temporisation et l'enlever le plus tôt possible. Chez la malade en question, deux tumeurs se développent spontanément dans les ganglions sus-claviculaires et mettent deux ans à acquérir le volume du poing ; on les enlève, tout semble fini ; mais une récidive rapide se produisant dans les glandes voisines nécessite en moins d'un an une autre opération.

A. Région parotidienne.

Obs. CDXLI. — *Abcès de la région parotidienne ouvert spontanément. Guérison.* — Dietrich (Jacques), trente-quatre ans, domestique, entre le 24 mai 1878, salle Saint-Augustin, 2. En 1870, il a reçu une balle qui est entrée derrière l'oreille droite, au niveau de la base de l'apophyse mastoïde, et est ressortie en avant de l'oreille, au niveau du bord postérieur de la branche montante du maxillaire supérieur à 2 centimètres du condyle. Depuis ce moment, l'audition est complètement abolie de ce côté. Il y a eu pendant lontemps un écoulement abondant de pus par le conduit auditif externe qui est aujourd'hui obstrué par une bride cicatricielle.

Depuis l'accident, le malade a eu plusieurs fois des abcès qui se sont guéris après s'être ouverts d'eux-mêmes. Il y a quinze jours, il a remarqué en avant de l'oreille une petite tumeur du volume d'une cerise, très douloureuse à la pression. En trois jours, elle avait atteint la grosseur d'un œuf, et en même temps survenaient des douleurs de tête vives, de la fièvre, de la perte de sommeil et d'appétit. Les jours suivants, la tumeur s'étendait derrière l'oreille dont le pavillon prenait part au gonflement. On remarque en avant de l'oreille droite, au niveau de la branche montante du maxillaire, une tuméfaction qui s'étend derrière l'oreille au niveau de l'apophyse mastoïde et la recouvrant. La peau est luisante, amincie, chaude ; la fluctuation est très nette au centre. La pression est tellement douloureuse qu'on peut difficilement examiner le malade. Fièvre, céphalalgie intense, insomnie, inappétence.

Potion opiacée, et le soir, cataplasme.

28 *mai.* — L'abcès s'ouvre de lui-même. Pus épais, verdâtre, sans fétidité.

29. — Le malade se sent très soulagé.

3 *juin*. — Sort presque complètement guéri.

Obs. CDXLII. — *Adénite enflammée de la région parotidienne probablement consécutive à un furoncle. Ponction. Tube à drainage. Guérison.* — Balthazar (Pierre), vingt-six ans, batteur d'étain, entre le 7 mai 1877, salle Saint-Augustin, 9. C'est un garçon robuste qui n'a jamais eu de maladies, ni dans l'enfance ni dans l'adolescence. Depuis quelques années seulement, il souffre de temps à autre de maux de dents. Il y a trois semaines, il a ressenti des picotements, puis une véritable douleur au niveau de l'angle de la mâchoire. Tuméfaction au même endroit, chaleur de la peau ; un furoncle apparaît. Puis la tuméfaction, loin de s'arrêter, s'est étendue jusqu'à la joue et jusqu'à l'oreille. Aujourd'hui, on constate un gonflement général de toute la région parotidienne, la peau est rouge, lisse, tendue. Un peu de difficulté pour ouvrir la bouche dans laquelle on ne remarque rien sur la paroi correspondant à la tumeur. Rien du côté des dents, pas de tuméfaction des gencives. La tumeur est fluctuante surtout à sa partie inférieure, douloureuse à la pression. Au milieu de l'inflammation, il est difficile de distinguer si le ganglion parotidien est envahi, mais il y a tout lieu de le croire.

Nous supposons que cet abcès est plutôt consécutif au furoncle qu'à une périostite alvéolo-dentaire. Jusqu'ici le traitement a consisté en cataplasmes, aujourd'hui nous faisons une ponction avec un trocart et une contre-ouverture pour permettre le passage d'un drain. Il s'écoule une assez grande quantité de pus. Pansement simple. Guérison le 3 juin et le malade quitte l'hôpital.

Obs. CDXLIII. — *Adénite des ganglions parotidiens.* — Petit (Auguste), trente-huit ans, garçon de magasin, entre le 9 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 71. Dans son enfance, il a eu plusieurs fois des maux d'oreilles. Une pleurésie il y a trois ans, une bronchite l'année dernière.

Au mois de juillet, il s'est aperçu de l'existence dans la région parotidienne d'une tumeur grosse comme une noisette, indolente, roulant sous le doigt. Cette tumeur a fait peu de progrès jusqu'en octobre, mais, à partir de ce moment, elle a marché rapidement et est devenue douloureuse ; aucun traitement.

Du côté droit, en arrière de la branche du maxillaire et recouvrant l'apophyse mastoïde, tumeur du volume d'un œuf de poule, à grosse extrémité dirigée en bas et dépassant l'angle de la mâchoire de 2 centimètres. La petite extrémité se perd sous le lobule de l'oreille qu'elle soulève. La peau à sa surface est rouge, lisse, tendue, chaude. Le malade ressent presque continuellement des élancements qu'exagère la pression. La tumeur est dure, bos-

selée, sans adhérence à la peau, immobile sur les parties profondes. En aucun point, on ne constate de fluctuation.

Il y a deux mois, il s'est formé au-dessus une seconde tumeur qui a aujourd'hui le volume et la forme d'une grosse noisette. Elle est située derrière le pavillon de l'oreille ; les téguments qui la recouvrent sont violacés, luisants, amincis, d'une température plus élevée que ceux des régions voisines. Sans être fluctuante, la tumeur offre une certaine mollesse.

Le malade attribue sa maladie aux courants d'air auxquels il est continuellement exposé. L'état général est assez satisfaisant malgré le peu d'appétit et de sommeil. Ponctions avec le bistouri. Injection iodée. Guérison au bout de trois semaines.

Obs. CDXLIV. — *Adénite de la région parotidienne suppurée.* — Legros (Charles), 32 ans, menuisier, entre le 11 avril 1877, salle Saint-Augustin, 2. Sujet lymphatique, n'ayant jamais eu de maladies graves. Dans son enfance a eu des glandes au cou, mal aux yeux. Il habite Paris depuis neuf ans. L'année dernière est apparue sous la mâchoire du côté droit une tumeur du volume d'une noisette. Pendant quatre mois, évolution lente, depuis, la marche a été plus rapide et aujourd'hui, quoique s'étant ouverte il y a huit jours sous l'influence d'une pommade conseillée par un médecin, elle a encore le volume d'un petit œuf de poule. La peau est rouge à sa surface, amincie, luisante, plus chaude que celle des parties voisines, il s'écoule par un orifice du pus et de la matière caséeuse. La tumeur est mollasse, douloureuse à la pression.

Tube à drainage introduit dans l'ouverture. Injection d'eau alcoolisée. Pansement avec le même liquide. Régime tonique. Huile de foie de morue, vin de quinquina, sirop d'iodure de fer.

17 *avril.* — On enlève le tube à drainage. La plaie se cicatrise ; plus de gonflement.

5 *mai.* — Le malade sort complètement guéri, il ne reste qu'une teinte violacée au niveau de la tumeur.

Obs. CDXLV. — *Fistule lymphatique de la région parotidienne consécutive à la suppuration d'un ganglion.* — Grünemberger (Eugène), neuf ans, entre le 12 octobre 1877. Enfant bien constitué ; un peu lymphatique ; quelques croûtes dans les cheveux. Pas d'antécédents héréditaires ni pathologiques. Il y a huit mois, à la suite d'une affection de poitrine sur laquelle il est impossible d'obtenir des renseignements et dont il ne reste actuellement aucune trace, apparition dans la région parotidienne droite d'une tumeur du volume d'une fève qui s'abcéda et s'ouvrit spontanément en donnant issue à du pus. L'ouverture de l'abcès resta fistuleuse et laissa bientôt écouler, au lieu de pus, un liquide clair et incolore comme de la salive.

12 *octobre.* — A 1 centimètre au-dessous du lobule de l'oreille, la

peau est déprimée ; cette dépression s'étend vers le bord antérieur du sterno-mastoïdien et l'angle de la mâchoire dont elle reste distante d'un centimètre ; la concavité de cette dépression est comparable à celle d'un verre de montre. A sa partie centrale existent trois orifices semblables, offrant chacun l'aspect d'une petite fente verticale haute de 1 millimètre. Deux de ces orifices, placés sur la même ligne horizontale, sont distants l'un de l'autre de 1 centimètre ; le troisième est situé dans leur intervalle et à 1 centimètre plus haut. Par ces trois orifices s'écoule continuellement un liquide d'aspect séreux, un peu opalin et filant. Au moment des repas, ce liquide augmente et coule en abondance sur les téguments sous-jacents de manière à mouiller trois mouchoirs. Les téguments de la région sont eux-mêmes enflammés au niveau de la dépression ; autour des orifices fistuleux se trouve, sur l'étendue de 1 millimètre, une pellicule d'apparence cicatricielle ; au-dessous ils sont érythémateux et cet érythème est dû sans doute à la macération produite par le liquide qui s'écoule à leur surface. L'examen de la région, fait avec le doigt, ne donne au-dessous des téguments aucune sensation anormale, mais elle fait sortir par les fistules quelques gouttes de liquide, clair d'abord, opalin ensuite. Les premières gouttes qui s'écoulent ressemblent à la salive normale, les autres à un liquide séro-purulent. Cette exploration d'ailleurs n'est aucunement douloureuse. Elle montre en même temps que la peau amincie qui entoure les orifices est décollée sur une étendue de 1 millimètre. Le malade n'éprouve aucune douleur même pendant la mastication. Rien de particulier dans les régions voisines. Du côté de la cavité buccale, les quantités de salive qui s'écoulent par les canaux de Sténon sont les mêmes à droite et à gauche et n'augmentent pas lorsqu'on exerce une pression du côté des téguments. L'exploration au stylet démontre que ces canaux sont tous deux perméables.

L'examen microscopique et chimique du liquide nous montre que ce liquide est de la lymphe. Compression ouatée, afin d'éviter la rétention du liquide et de rapprocher les tissus. A l'intérieur, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, quinquina.

19 *octobre*. — Ce traitement, suivi pendant une semaine, n'ayant amené aucun résultat satisfaisant, nous cautérisons les fistules en enfonçant profondément le crayon de nitrate d'argent.

17 *novembre*. — Cette cautérisation, répétée tous les trois jours depuis un mois, n'a produit aucune modification. Depuis quelques jours une poussée inflammatoire est survenue ; un liquide semi-clair, semi-purulent, s'écoule par les fistules ; la peau est ramollie, les ganglions parotidiens sont pris.

Chloroforme. — Nous faisons une incision suffisamment large et profonde pour examiner les désordres et rechercher la cause de la

suppuration. Il n'y a pas de foyer purulent bien limité ; inflammation diffuse ; le pus baigne quelques acini de la glande et une sorte de trajet s'enfonce profondément dans l'épaisseur de la parotide. A l'aide d'une dissection minutieuse, nous enlevons toutes les parties suspectes ; cette dissection nous conduit à une profondeur de trois centimètres et demi, sous la face interne de la parotide, où nous trouvons un fragment de ganglion en voie de suppuration, que nous n'enlevons qu'avec difficulté. Quatre pinces hémostatiques laissées sur les vaisseaux pendant 24 heures préviennent toute hémorrhagie ; l'orifice cutané de la plaie est maintenu ouvert afin qu'on puisse porter le nitrate d'argent dans le fond de la cavité. Cautérisations répétées les jours suivants ; cicatrisation lente. Malgré les soins que l'on a pris d'enlever toutes les parties malades, un trajet fistuleux persiste encore le 8 janvier 1878 ; nous introduisons alors un petit tube en caoutchouc dans ce trajet et nous ordonnons des injections de teinture d'iode. Le malade revint plusieurs fois dans notre service et le même traitement fut continué. Au mois de mars, quand nous le vîmes pour la dernière fois, la fistule n'était pas complètement oblitérée.

Obs. CDXLVI. — *Kyste ganglionnaire parotidien, ablation, guérison.* — Dumoir (Beaudoin), 38 ans, charretier, entre le 27 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 8.

Bonne constitution, ni scrofule, ni syphilis. Le malade raconte qu'il y a deux ans, à la suite de violents maux de dents, il vit apparaître au niveau du bord antérieur et supérieur du sterno-cléido-mastoïdien, ainsi que dans la région parotidienne gauche, de petites tumeurs du volume d'un haricot qui disparurent peu à peu à l'exception d'une qui se développa lentement.

La tumeur siège immédiatement au devant du lobule de l'oreille, dans la partie supérieure de la région parotidienne ; elle a atteint le volume d'une noix. La peau qui la recouvre a conservé ses caractères normaux, elle ne présente ni bosselures, ni dépressions apparentes ; aucune trace d'inflammation, pas de veines dilatées au voisinage. Au toucher, la surface est lisse, mais un examen attentif démontre l'existence de quelques grains mamelonnés. La consistance n'est pas uniforme; à la surface, elle rappelle celle des kystes ; en profondeur, celle des hypertrophies partielles de la glande parotide.

La peau est mobile sur la tumeur, mais elle adhère par sa face profonde à la surface de la parotide, tout en restant indépendante des autres organes.

27 *janvier*. — Chloroforme. — La région étant rasée, nous faisons au niveau de la tumeur une incision semi-lunaire à concavité antérieure, puis nous disséquons minutieusement la face profonde de ce petit lambeau. La pointe du bistouri rencontre un petit kyste

superficiel qui laisse échapper un liquide séreux. Après avoir isolé les téguments, nous tombons sur une coque fibreuse qui recouvre la tumeur ; celle-ci se compose de deux parties, l'une superficielle, volumineuse, l'autre profonde, sorte de prolongement qui s'étend entre les filets du nerf facial. Nous enlevons d'abord la portion superficielle, puis nous disséquons le prolongement profond en évitant de sectionner les filets nerveux, et en écartant du champ de l'opération l'artère temporale superficielle qui passe immédiatement au-dessus de la tumeur. Cinq pinces hémostatiques appliquées sur des artérioles ont pu être enlevées après l'opération.

Réunion des lèvres de la plaie par trois points de suture entortillée. Pansement alcoolisé.

28 *janvier* et jours suivants. — Suppuration peu abondante.

1er *février*. — On enlève les fils, les lèvres de la plaie sont en partie réunies. Les jours suivants, on réprime à l'aide du nitrate d'argent quelques bourgeons charnus exubérants siégeant à l'extrémité inférieure de l'incision. Le 9 février le malade peut quitter l'hôpital.

Obs. CDXLVII. — *Angiome volumineux de la joue.* — Berthe X., âgée de dix mois, porte sur la partie gauche de la face une tumeur congénitale volumineuse, arrondie, convexe, qui recouvre toute la région massetérine et s'étend, en haut jusqu'à la racine des cheveux, et en bas jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur ; en avant elle empiète sur les régions génienne et molaire ; en arrière, elle répond inférieurement à la glande parotide, supérieurement au conduit auditif externe qu'elle recouvre sans pénétrer dans sa cavité. Diamètres : vertical = 8 centimètres ; transversal = 6. La peau est blanchâtre, amincie, et semblable à du tissu de cicatrice dans certains points ; elle présente dans d'autres points des taches violacées, lie de vin. Sur tout le pourtour de la tumeur, elle est parcourue par un grand nombre de capillaires finement dilatés. Au toucher la tumeur est mollasse, comme spongieuse ; néanmoins sa consistance est plus ferme que celle d'un tissu franchement érectile, il semblerait que la trame fibreuse prédomine sur l'élément vasculaire. Battements isochrones à ceux du pouls, perceptibles seulement à l'aide d'une certaine attention. La tumeur devient turgescente et prend une teinte violacée lorsque la petite malade pousse des cris. On a déjà fait des injections de perchlorure de fer dans la masse morbide, sans obtenir de résultats satisfaisants. Nous répétons les mêmes tentatives le 16 juin. Les principales difficultés du manuel opératoire tiennent à l'étendue de la tumeur et à la diffusion de ses limites qui rendent presque impossible la compression de la base. Nous parvenons néanmoins à isoler ce tissu érectile du système circulatoire, au moyen de nos pinces à mors recourbés et articulés. Trois de ces pinces étant disposées de manière à circonscrire la plus grande

partie de la base d'implantation, nous jetons une forte ligature au-dessous de leurs mors, puis nous faisons des injections de perchlorure de fer en six points différents. Ce procédé nous permet d'obtenir rapidement la formation d'un caillot chimique. Application de compresses d'eau froide sur la tumeur. Nous revoyons la petite malade le 22 juin. Une eschare de deux centimètres carrés s'est formée au niveau du bord inférieur de la tumeur. Une seconde eschare linéaire de 3 centimètres siège à sa limite supérieure. On continuera les applications d'eau froide.

Obs. CDXLVIII. — *Cancroïde auriculo-parotidien. Ablation. Paralysie faciale consécutive.* — Barjean (Joséphine), cinquante ans, couturière, entre le 16 mars 1878, salle Sainte-Marthe, 51. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux. Bonne santé dans l'enfance. Menstruation régulière de seize à cinquante ans. Première grossesse à trente-six ans. L'enfant mourut à neuf ans à la suite d'une attaque de rhumatisme. Pendant le cours de sa seconde grossesse, la malade, à la suite d'une émotion violente, fut prise de chorée. La névrose persista jusqu'à l'accouchement. L'enfant était épileptique, il mourut à l'âge de six ans. — En 1870, la malade remarqua à la partie inférieure du sillon qui sépare le pavillon de l'oreille droite de la région mastoïdienne, deux boutons verruqueux, ayant chacun le volume d'un grain de chènevis. Ces petites productions étaient le siège d'un prurit portant la malade à se gratter. Elle fit ainsi saigner plusieurs fois les verrues qui finirent par s'ulcérer. L'ulcération, de nature épithéliale, s'étendit à la partie inférieure du sillon et au lobule de l'oreille. La malade fut opérée en 1873 par M. Péan. Cicatrisation rapide. Aucune trace de récidive pendant quatre ans. Vers le milieu de 1877, une production analogue aux précédentes apparut en avant du tragus au niveau de l'articulation temporo-maxillaire; la tumeur se développa assez rapidement, s'étendit dans la région parotidienne et contourna le sillon d'insertion du lobule de l'oreille. Pendant quatre mois, indolence complète. Il y a cinq mois, à la suite d'un coup reçu dans la région, la tumeur devint le siège de douleurs lancinantes ; en même temps la malade commenca à éprouver de l'odontalgie au niveau des molaires supérieures droites, sans qu'il y eût d'altérations des dents, puis de l'hémicranie du même côté. Dans les derniers temps survint de la surdité de l'oreille droite. La marche progressive de ces divers accidents effraye la malade et la décide à entrer à l'hôpital.

La région parotidienne est déformée par une tumeur du volume d'un œuf de poule à grand axe vertical. L'extrémité supérieure déborde légèrement la racine de l'apophyse zygomatique, et forme à ce niveau un brusque relief de 2 centimètres. L'extrémité inférieure siège à 2 centimètres au-dessous du lobule de l'oreille, elle se termine en se confondant insensiblement avec les parties voisines.

Le bord antérieur est aplati et se continue avec les régions massétérine et temporale, sans limites bien accusées. Le bord postérieur est irrégulier; au niveau du tragus, il émet un prolongement qui envahit la partie correspondante de la conque et obstrue l'orifice du conduit auditif externe. Au niveau du bord inférieur du lobule, il émet un second prolongement qui contourne le sillon d'insertion du pavillon de l'oreille. Lorsqu'on soulève le lobule, on voit entre sa face interne et la région mastoïdienne une petite ulcération roussâtre, sanieuse, recouverte de croûtes cireuses sur les bords. En arrière du pavillon, existe de bas en haut une tumeur aplatie formant le relief d'une moitié d'amande, étendue du bord antérieur du sterno-mastoïdien au sillon d'insertion du pavillon; au-dessus de celle-ci, deux saillies ovoïdes d'aspect vésiculeux, rosées au centre, jaunâtres sur les bords. Toute cette partie postérieure de la tumeur occupe l'espace qui sépare le bord antérieur du sterno-mastoïdien, du sillon d'insertion du lobule, elle mesure 5 centimètres de hauteur sur 2 de largeur. La coloration de la portion temporo-parotidienne de la tumeur est rose par places, rouge vineuse et même violacée en d'autres points. Dans l'épaisseur de la peau on voit à ce niveau des capillaires dilatés, de nouvelle formation, convergeant de la base vers la partie saillante de la tumeur. La portion qui siège en arrière du lobule présente de même une teinte violette. Au toucher, toute l'étendue de la tumeur offre une consistance dure, lardacée, fibroïde. La peau fait partie intégrante des tissus morbides auxquels elle adhère intimement. La face profonde de la tumeur est de même intimement unie aux couches sous-jacentes. Les ganglions parotidiens ne forment aucun relief distinct; ils semblent englobés dans la masse de la tumeur. Rien dans les ganglions cervicaux et sous-maxillaires. La quantité de salive fournie par le canal de Sténon du côté malade ne paraît pas diminuée. Il n'y a pas de sécheresse anormale de la partie correspondante, et l'examen de la bouche permet de voir le liquide salivaire sourdre par l'orifice interne du canal excréteur. Les douleurs spontanées dont la tumeur est le siège sont exagérées par la pression et par les mouvements de la mâchoire.

16 *mars*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous enlevons largement la tumeur avec la peau qui la recouvre, en suivant les prolongements profonds au-delà de leurs limites. Nous sommes obligés pour arriver à ce but de sculpter, pour ainsi dire, dans l'épaisseur de la parotide, en prenant de minutieuses précautions pour éviter de blesser l'articulation temporo-maxillaire ainsi que les vaisseaux et nerfs importants de la région. La plus grande partie de la glande, le lobule de l'oreille, le tragus et les parties voisines de la conque, les téguments malades de la région mastoïdienne sont ainsi enlevés. L'opération est lente et nécessite l'emploi de seize

pinces hémostatiques. Aucun vaisseau important n'a été intéressé, mais la plupart des branches du nerf facial ont été coupées. L'ablation de la tumeur laisse une large perte de substance et le peu de laxité des téguments de la région ne nous permet pas de rapprocher les lèvres de la plaie. Nous faisons donc un pansement à plat avec l'eau alcoolisée phéniquée, par dessus lequel nous exerçons une compression méthodique avec une épaisse couche de ouate. Huit pinces hémostatiques sont laissées en place pendant 24 heures. TS = 37°.

17. — TM = 37°,6. S = 38°. P = 88. On enlève les pinces, pas d'hémorrhagie. La malade ne peut ouvrir la bouche; alimentation liquide, bouillon, potage, lait.

18. — TM = 37°,4. S = 37°,8. P= 88. Paralysie faciale du côté de l'opération. La bouche est très sèche. Douleurs légères au niveau de l'articulation temporo-maxillaire.

19. — TM = 37°,8. S = 38°,2. P = 94. Point bleuâtre au fond de la plaie. Lavages légèrement alcoolisés.

20. — TM = 37°,6. S = 38°,4. P = 96. Céphalalgie, inappétence. Les douleurs articulaires deviennent plus vives. La mâchoire tend à se dévier légèrement à gauche, malgré le bandage en chevestre destiné à la maintenir en place. Suppuration modérée. Le point bleuâtre s'est étendu et prend une teinte de sphacèle plus accusée.

21. — TM = 37°,8. S = 38°,4. P = 94. L'eschare se limite, elle a un centimètre de diamètre. Le reste de la plaie est recouvert de bourgeons charnus de bonne nature, suppuration modérée.

22. — TM = 37°,6. S = 38°. P = 98. L'eschare a été entraînée au moment du pansement; hémorrhagie du diamètre d'une plume de corbeau, en jet saccadé, isochrone aux battements des artères. Sang rouge vermeil. Application immédiate de deux pinces hémostatiques l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la perte de substance du vaisseau. L'artère ouverte paraît être la carotide externe. La malade n'a pas perdu plus de 30 grammes de sang.

23. — TM = 37°,8. S = 37°,8. P = 98. On laisse les pinces en place. Pas de troubles vasculaires appréciables du côté de l'encéphale ou de la face.

24. — TM = 37°. S = 37°,6. P = 92. On enlève les pinces; pas de nouvelle hémorrhagie. Légère compression ouatée par dessus le pansement.

25. — Température normale. Rien de particulier du côté de la plaie. La suppuration est toujours modérée. Pus louable. La paralysie faciale et la déviation du maxillaire sont plus marquées que les jours précédents. La sécheresse de la bouche persiste. La malade a souvent soif. A partir de ce moment, la cicatrisation marche lentement, mais progressivement, sans que nous ayons à noter de nou-

veaux accidents. L'arthrite temporo-maxillaire du côté droit se termine par résolution au bout d'un mois. A la même époque la sécheresse de la bouche et la soif diminuèrent. La cicatrisation était complète le 8 mai. La malade quitta le service le 15 mai 1878. La paralysie porte sur tous les muscles innervés par les branches temporo-faciale et cervico-faciale du côté droit. La moitié droite du front est lisse et unie, les paupières droites ne peuvent se rapprocher complètement, la joue est pendante, l'aile du nez affaissée, la commissure labiale est étirée en dedans. Ces déformations sont encore exagérées par la déviation du maxillaire due sans doute à la paralysie des muscles ptérygoïdiens du côté droit, et à la rétraction de leurs antagonistes. La langue et le voile du palais sont intacts.

12 *juin* 1878. — Nous revoyons la malade, pas de trace de récidive. Aucun changement dans l'état de la face.

B. Région sous-maxillaire.

Obs. CDXLIX. — *Adénite sous-maxillaire suppurée consécutive à une ostéite alvéolaire.* — Bauget (Émile), trente ans, employé, entre le 22 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 18. Sujet fort, bien constitué, sans antécédents pathologiques.

Il y a dix jours, à la suite d'avulsion de la dernière grosse molaire droite, gonflement de la région sous-maxillaire. Douleurs fréquentes.

La région sous-maxillaire est déformée par une tumeur lisse, arrondie, convexe, qui s'étend transversalement de la symphyse du menton à l'angle de la mâchoire et verticalement du bord inférieur du maxillaire au cartilage thyroïde. La peau est rouge, chaude, amincie au centre de la tumeur, non adhérente; au toucher, empâtement dans la plus grande partie de la tumeur, fluctuation circonscrite au centre; les ganglions sous-maxillaires légèrement indurés et tuméfiés sont confondus avec la masse morbide. Carie très avancée des petites molaires droites. Le maxillaire est sain ainsi que toute la muqueuse buccale. Douleurs lancinantes à exacerbations nocturnes.

23 *juin.* — Cataplasmes.

24. — L'abcès s'ouvre spontanément au point ramolli. Pus verdâtre. Le foyer de suppuration paraît très limité. Cataplasmes.

30. — La suppuration est presque tarie. La tumeur diminue.

2 *juillet.* — Suppuration presque nulle. Fonte de la tumeur. Le malade quitte le service.

Obs. CDL. — *Adénite sous-maxillaire droite.* — Jacotin (Justin), 22 ans, entre le 8 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 26. Aucun accident scrofuleux. Blennorrhagie en 1872. Il y a un mois, il a remar-

qué au-dessous de l'angle inférieur droit de la mâchoire une tumeur du volume d'une noisette, dure et complètement indolente. Depuis huit jours développement rapide.

Sous le bord droit du maxillaire inférieur on remarque une tumeur de la grosseur d'une noix, arrondie, sans bosselure, empiétant légèrement sur la face externe du maxillaire, au devant du masséter. La peau est rosée, chaude et légèrement tendue. Consistance dure, rénitente, sans points ramollis ou fluctuants. La tumeur est adhérente à la peau et mobile sur les couches profondes. Picotements continus, douleurs lancinantes peu accusées ; ni fièvre ni frissons; peu d'appétit. État général satisfaisant. Vin de quinquina, sirop de fer, 2 bains alcalins par semaine.

11 *avril.* — L'état local est le même; la tumeur n'a pas diminué de volume.

20. — Les élancements ont disparu depuis plusieurs jours; le malade mange avec plus d'appétit; la tumeur est stationnaire.

23. — Il demande à quitter le service, et à continuer le traitement chez lui. La tumeur n'est plus sensible à la pression.

Obs. CDLI. — *Adénite chronique suppurée du ganglion sus-hyoïdien médian. Ablation par le bistouri.* — Jeannin (Ida), dix-sept ans, épicière à Saint-Denis, se présente le 26 avril 1878 à notre clinique. Pas d'hérédité. Adénites cervicales non suppurées dans l'enfance. Mal de Pott lombaire de neuf à treize ans. Pendant ce temps, paralysie des membres inférieurs. Toute la moitié gauche du corps est atrophiée et plus faible que la moitié droite. Réglée régulièrement depuis l'âge de quatorze ans. Il y a six mois, elle remarqua au-dessous du menton, sur la ligne médiane, une petite tumeur du volume d'une noisette, dure, sous-cutanée, non adhérente à la peau, non douloureuse. Cette tumeur évolua lentement sans déterminer de douleurs aiguës. Il y a deux mois la peau est devenue rouge, un peu chaude, un abcès s'est ouvert spontanément et est resté fistuleux; depuis cette époque la fistule donne continuellement issue à un pus séreux, jaunâtre, peu abondant.

On trouve dans la région sus-hyoïdienne, à égale distance de la symphyse mentonnière et de l'os hyoïde, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, un peu déjetée à droite de la ligne médiane. A la partie la plus saillante, existe un orifice fistuleux unique, en partie masqué par un bourrelet de gros bourgeons charnus rouges, violacés, peu saignants. Par la fistule et dans les interstices des bourgeons charnus filtre une faible quantité de liquide séro-purulent roussâtre. Au toucher, la tumeur est dure, élastique, de consistance lardacée, elle adhère à la peau et aux tissus qui l'environnent. La peau du visage, du cou, des épaules et du dos est hérissée de boutons d'acné rouges, enflammés, dont le volume va-

rie de celui d'un grain de millet à celui d'un pois. Du côté de la bouche, la muqueuse est saine et ne présente ni ulcération ni érosion. Les dents sont intactes et occupent leur situation normale; le maxillaire inférieur ne présente aucune altération appréciable à la vue ou au toucher. Nous portons le diagnostic « adénite chronique suppurée de nature probablement scrofuleuse. »

26 *avril.* — Chloroforme. Incision circulaire au pourtour de l'orifice fistuleux et des bourgeons charnus. Nous isolons la tumeur par voie de dissection, et nous l'enlevons en totalité, ainsi qu'une certaine étendue des tissus périphériques qui sont indurés, lardacés, atteints d'inflammation chronique. Une pince hémostatique placée pendant l'opération est enlevée immédiatement. Pas d'hémorrhagie. Pansement simple de la plaie. La malade retourne chez elle, où elle sera soignée par un médecin. Sur une coupe, nous constatons que nous avons affaire à un ganglion hypertrophié, induré, fongueux. Les bourgeons charnus tapissent le trajet fistuleux et se continuent avec des fongosités analogues qui occupent l'épaisseur même du ganglion.

Examen histologique. — Ganglion hypertrophié en dégénérescence caséeuse dans sa partie la plus centrale. La trame réticulée très épaisse par places contient un grand nombre de cellules fibro-plastiques.

Obs. CDLII. — *Adénite sous-maxillaire suppurée, consécutive à la carie de la deuxième petite molaire du côté gauche. Cataplasmes. Guérison.* — Junon (Pierre), quarante-cinq ans, boulanger, entre le 7 juin 1878, salle Sainte-Marthe, 19.

Homme d'une forte constitution. Jamais de maladie, pas de syphilis. Il y a deux mois, il a vu apparaître au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure, du côté gauche, une tumeur du volume d'une noisette, qui en six semaines atteignait celui d'un petit œuf de poule. Lorsqu'il vint à la consultation, on constata que la peau était rouge, lisse, chaude, et une certaine fluctuation au centre de la tumeur, tandis que le pourtour était très induré. Le malade ressentait parfois quelques élancements. En examinant l'intérieur de la bouche, on put voir que la deuxième petite molaire était cariée, et l'on pensa qu'elle était la cause de l'affection, quoique le malade affirmât n'en avoir jamais souffert. On lui prescrivit des cataplasmes.

Sept jours après, souffrant davantage, il demanda à entrer à l'hôpital. A part une fluctuation plus évidente encore, il n'y avait rien autre chose à noter.

On fit appliquer des cataplasmes, et le troisième jour de l'entrée, la tumeur s'ouvrait spontanément. Un pus verdâtre, sans odeur spéciale, s'en échappait. Continuation des cataplasmes.

19 *juin.* — La suppuration est presque tarie. La cicatrisation marche rapidement. Pansement simple.

28. — Le malade demande à sortir, il viendra chaque matin se faire panser.

11 *juillet.* — Guérison complète.

Obs. CDLIII. — *Hypertrophie des ganglions sous-maxillaires. — Extirpation. — Guérison.* — Thomas (Ernest), dix-sept ans, régleur de papier, entre le 23 avril 1877, salle Saint-Augustin, 1.

Ce garçon, de grande taille, mais peu musclé, était souvent malade dans son enfance. Il a été mis au régime de l'huile de foie de morue depuis douze ans. A l'âge de dix ans, il se fracture l'extrémité inférieure de l'humérus. Consolidation avec saillie de l'épicondyle et ankylose incomplète de l'articulation radio-cubitale postérieure.

Il y a trois ans environ, une petite glande grosse comme une noisette s'est développée entre l'angle de la mâchoire et la symphyse du côté gauche. Indolence complète. Le développement a été très lent au début, et jusqu'à ces derniers temps la tumeur n'avait pas atteint le volume d'un œuf. Depuis un mois, une seconde glande s'est développée, et a grossi très rapidement.

24 *avril.* — Entre l'angle de la mâchoire et la symphyse du côté gauche existe une tumeur saillante, plus grosse qu'un œuf, bilobée, et manifestement développée dans les ganglions sous-maxillaires. La tumeur est dure, non douloureuse, adhérente aux parties profondes, mais non à la peau, qui n'a pas changé de coloration. L'état général est relativement bon. Les poumons sont sains. Le teint est pâle, mais en somme l'anémie est peu prononcée. L'appétit est excellent. Huile de foie de morue. Arséniate de soude.

Mai, juin. — On continue le traitement résolutif pendant plus de six semaines sans obtenir aucun résultat favorable.

9 *juin.* — Extirpation des ganglions hypertrophiés. Incision curviligne à concavité supérieure un peu au-dessous du rebord de la mâchoire inférieure, dépassant sur les côtés les limites de la tumeur.

Avec la spatule, on énuclée facilement la première tumeur, qui est grosse comme un œuf. La seconde, plus petite, située en dedans de la première, est aussi arrachée très facilement. Enfin on extirpe également un troisième ganglion gros comme une noisette. Peu de sang pendant l'opération. On réunit par des fils métalliques les deux lèvres de la plaie; six points de suture; on laisse une ouverture de 2 centimètres à la partie la plus déclive. Deux pinces seulement restent dans la plaie, l'une des deux comprime l'artère faciale.

A la coupe, les ganglions enlevés offrent un aspect uni, une coloration rosée uniforme ; leur consistance est la même dans tous les points sans aucun foyer de ramollissement. L'aspect est celui de ganglions simplement hypertrophiés.

10 *juin.* — Pas d'accident. On retire les pinces.

12. — On retire les fils d'argent, et on les remplace par des ban-

delettes de tarlatane collodionnées. Un tube est laissé dans la plaie. Pansement à l'alcool.

21. — Le malade est guéri, il ne reste plus qu'une petite ouverture à la partie la plus déclive de la plaie. Cicatrisation linéaire dans tous les autres points. Le malade part pour Vincennes.

Obs. CDLIV. — *Hypertrophie des ganglions sous-maxillaires. — Ablation.* — Delmas (Baptiste), cinquante et un ans, menuisier, entre le 18 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 3.

Pas d'hérédité. Otite moyenne dans l'enfance, qui a laissé un peu de surdité. Angines fréquentes. Pneumonie en 1869 ; depuis, perte des forces, amaigrissement, sueurs nocturnes, 2 hémoptysies, l'une en 1871, l'autre en 1872 ; un demi-verre de sang rouge spumeux chaque fois.

Depuis quinze mois, sans cause connue, il a remarqué que les ganglions sous-maxillaires du côté gauche augmentaient progressivement de volume. Cet accroissement s'est effectué sans déterminer ni gêne ni douleur, mais n'a pu être entravé par un traitement arsénical et ioduré prolongé. La déformation produite par la tumeur, sa marche progressive effrayent le malade qui demande à entrer à l'hôpital. Les régions sous-maxillaire gauche et sus-hyoïdienne sont déformées par une tumeur bosselée, irrégulière, à grand axe transversal, du volume du poing d'un adulte. L'extrémité interne déborde à droite la ligne médiane de deux travers de doigts, l'extrémité externe répond à l'angle gauche de la mâchoire. Dans le sens vertical la tumeur s'étend du bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire, à une ligne qui passerait par la partie moyenne du cartilage thyroïde. Le relief formé par la masse morbide déborde d'un centimètre et demi le corps du maxillaire.

La tumeur est formée de plusieurs lobes : il existe trois masses principales ayant chacune le volume d'une grosse noix, et des prolongements plus petits qui soulèvent la peau d'une manière uniforme. Ces masses principales sont séparées par des sillons peu profonds et assez larges en forme de gouttières. La peau est tendue, luisante, mais a conservé sa coloration et son intégrité. Pas d'œdème inflammatoire, pas de vascularisation de nouvelle formation. Au toucher, la peau est mobile à la surface de la tumeur, la température locale est sensiblement la même que celle des parties voisines. Par sa face profonde, la tumeur adhère fortement aux couches sous-jacentes. La consistance est dure, solide, homogène, sarcomateuse ; il n'existe aucun point ramolli ou fluctuant ; indolence complète à la pression. Aucune trace de lésions anciennes ou récentes dans le territoire des ganglions de la région. Rien dans les ganglions cervicaux ou dans les ganglions sous-maxillaires du côté opposé. Les ganglions axillaires gauches et les ganglions ingui-

naux des deux côtés sont légèrement indurés et hypertrophiés. Leur volume varie de celui d'un haricot à celui d'une petite amande. Rien d'appréciable dans les ganglions mésentériques. Les viscères abdominaux sont sains. Les zones de matité hépatique et splénique sont normales. Submatité au sommet du poumon gauche. Craquements humides et expiration soufflante et prolongée au même niveau.

26 *janvier*. — Chloroforme. — A l'aide du bistouri, nous faisons, à 2 centimètres au-dessous du bord inférieur du maxillaire, une incision transversale, étendue de l'angle de la mâchoire à la ligne médiane. Cette incision divise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le peaucier, l'aponévrose cervicale superficielle. Au-dessous de cette membrane, nous trouvons les ganglions malades qui sont entourés d'une coque fibreuse épaisse et résistante, assez intimement unie aux tissus voisins. Pendant que des aides maintiennent écartées les lèvres de l'incision avec des rétracteurs et des pinces hémostatiques, nous décollons de proche en proche la tumeur à l'aide du doigt et de la spatule. Cette énucléation est assez lente par suite des précautions que nous prenons pour éviter les vaisseaux et les nerfs importants de la région, et aussi à cause de la résistance des tractus fibreux qui émanent de l'enveloppe de la tumeur. Nous sommes parfois obligé de nous aider du bistouri pour les détruire. Sur six pinces hémostatiques placées temporairement sur les vaisseaux saignants, deux seulement sont laissées en place pendant une demi-heure.

Après avoir placé au fond de la plaie un tube à drainage qui sort à la partie déclive, nous réunissons les lèvres de l'incision à l'aide de 8 points de suture métallique isolés. Pansement alcoolisé phéniqué. T S = 38°. P = 80.

La tumeur se compose de 3 ganglions volumineux et de 2 autres plus petits. A la coupe, tous sont durs et ont la consistance du tissu utérin. La surface de la coupe est d'une coloration gris rosé uniforme. Il n'existe ni foyers caséeux, ni points ramollis, ni taches pigmentaires.

Diagnostic anatomique : Sarcome.

27 *janvier*. — TM = 37°,6. S = 37°,8. P = 88°.

La nuit a été calme. Anorexie légère. Pas de douleurs. On renouvelle le pansement. Pas de réaction fébrile. Dès le second jour après l'opération, le malade mange et dort comme d'habitude. Le quatrième jour on enlève les fils. Réunion par première intention. On maintient les bords rapprochés à l'aide de tarlatane collodionnée. L'angle inférieur de la plaie donne seul un peu de pus.

9 *février*. — Cicatrisation complète, le malade sort guéri.

Obs. CDLV. — *Hypertrophie des ganglions sous-maxillaires*. — *Ablation*. — Simonet (Virginie), cinquante-quatre ans, tailleuse, entre le 17 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 50.

Constitution scrofuleuse, maux d'yeux et gourmes dans l'enfance. Pas de syphilis. Nulle trace de tuberculose. Réglée à treize ans, menstruation régulière. Deux enfants bien portants. Ménopause à cinquante-trois ans. A cette époque, trois pertes abondantes, le sang contenait de gros caillots. Actuellement flueurs blanches continuelles en grande quantité, de couleur rosée. La malade est très anémiée. Il y a un an, elle vit apparaître au-dessous de l'angle droit du maxillaire inférieur, au-devant du bord antérieur du sterno-mastoïdien correspondant, une tumeur du volume d'une petite noisette, dure, indolente, ne déterminant aucune gêne. Peu à peu cette tumeur se développa, atteignit un volume assez considérable pour produire une déformation de la région. La malade vit alors un médecin qui diagnostiqua une adénite chronique et ordonna : sirop d'iodure de potassium à l'intérieur; badigeonnages de teinture d'iode. Ce traitement ne parvint pas à entraver la marche de la tumeur qui s'est ramollie il y a trois mois. Un abcès s'est ouvert spontanément, est devenu fistuleux, et donne continuellement issue à un pus séreux peu abondant.

On trouve en arrière de l'angle de la mâchoire inférieure, au devant du sterno-mastoïdien, une tumeur du volume d'un œuf de poule; en arrière elle recouvre la moitié antérieure du muscle, en haut elle remonte jusqu'au voisinage de la parotide, sa limite inférieure répondrait à une ligne tirée transversalement à partir du bord inférieur du cartilage thyroïde. Antérieurement, elle empiète un peu sur la région mylo-hyoïdienne. Cette tumeur est irrégulièrement arrondie et présente à sa partie déclive l'orifice du trajet fistuleux que nous avons signalé plus haut. La peau qui la recouvre a conservé sa coloration normale, excepté au pourtour de la fistule, où elle revêt une teinte rouge violacé. Au toucher, on reconnaît que la tumeur est unique et ne s'est développée qu'aux dépens d'un seul ganglion, mais il est assez difficile de fixer les limites exactes, vu l'empâtement de la région. La tumeur contracte avec les téguments, surtout au voisinage de la fistule, des adhérences marquées. Elle est complètement immobile sur les couches profondes. Sa consistance est dure, solide, lardacée et rappelle celle des ganglions atteints d'inflammation chronique. Probablement, le tissu cellulaire avoisinant enflammé est confondu actuellement avec la tumeur. On ne trouve ni point ramolli, ni fluctuation, ce qui s'explique si on se souvient qu'il y a eu suppuration à une époque rapprochée. La tumeur est toujours indolente, mais provoque une sensation de gêne et constitue une déformation, qui pousse la malade à demander l'opération.

Si nous recherchons la nature de cette affection ganglionnaire, nous nous voyons conduits à admettre d'après son évolution et les antécédents de la malade une adénite scrofuleuse. L'unité de la

tumeur, l'absence de douleurs lancinantes et de cachexie nous fait en effet repousser l'idée d'infiltration cancéreuse.

17 *mars.* — Chloroforme. Nous pratiquons une incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien, et nous procédons à la dissection de la tumeur. Cette dissection nous démontre que la masse morbide se compose d'une coque fibreuse épaissie et indurée, emprisonnant supérieurement une portion de ganglion restée saine, tandis qu'elle forme inférieurement les parois d'une poche qui fournit du pus à la fistule. Supérieurement, elle adhère intimement à la parotide, tandis que sa face profonde envoie des tractus fibreux au sterno-mastoïdien. L'opération terminée, les bords de la plaie sont réunis par quatre points de suture, mais on a soin de laisser un drain à demeure afin de faciliter l'écoulement du pus. Six pinces hémostatiques appliquées sur les vaisseaux sectionnés nous permirent d'opérer sans perte de sang. Pansement alcoolisé.

Aucun accident consécutif. Après quelques jours, on enlève les points de suture et la malade retourne chez elle.

Obs. CDLVI. — *Hypertrophie des ganglions sous-maxillaires. Ablation. Guérison.* — Ménard (François), quarante-cinq ans, cordonnier, entre le 9 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 9. Forte constitution. Pas d'hérédité, ni syphilis, ni tuberculose, aucun accident scrofuleux. Il y a deux ans, sans cause connue, apparition au-dessous de la branche horizontale gauche de la mâchoire inférieure, très près de la ligne médiane, d'une tumeur grosse comme une bille, dure, indolente, roulant sous le doigt, qui resta stationnaire pendant dix-huit mois. A partir du mois d'octobre dernier, son évolution a été plus rapide.

Déformation de la région sous-maxillaire gauche par une tumeur du volume d'une mandarine. La peau est lisse, unie, de coloration rosée, sans capillarisation de nouvelle formation. Au toucher, elle est très mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est franchement solide, présente la consistance et l'élasticité des ganglions hypertrophiés, sans points ramollis ou fluctuants. Sa surface est unie et sans bosselures. La tumeur, malgré son volume assez considérable, jouit d'une certaine mobilité sur les couches profondes. Immédiatement en arrière de cette masse principale, on sent une autre tumeur mobile sous la peau et sur les tissus voisins, du volume d'un haricot, et possédant la même consistance que la première.

21 *avril.* — Chloroforme. Nous faisons sur la peau une incision linéaire, parallèle au corps du maxillaire inférieur et dissimulée autant que possible par le bord de cet os. Nous arrivons alors sur la tumeur, dont l'énucléation, avec le doigt et la spatule, est des plus simples, grâce à la laxité de la coque celluleuse qui l'entoure. Pas d'hémorrhagie; l'emploi des pinces n'a pas été néces-

saire. L'opération terminée, les bords de la plaie sont réunis par quatre points de suture. Pansement alcoolisé.

Les suites de l'opération furent très simples. Le troisième jour, on enlève les fils et on les remplace par des bandelettes collodionnées. La réunion était en partie opérée. La cicatrisation s'effectua ensuite comme dans les cas d'une plaie simple et le malade quitta l'hôpital huit jours après l'opération, complètement guéri.

Obs. CDLVII. — *Epithélioma kystique d'un ganglion sous-maxillaire droit, survenu deux ans après l'ablation d'un épithélioma latéral de la langue du côté correspondant. Opération.* — N..., cinquante ans, employé, entre le 17 octobre 1878, salle Sainte-Marthe, 8. Il y a dix-huit mois, avec l'aide des docteurs Landowski et Moreau, nous lui excisâmes la moitié latérale droite de la langue au moyen de nos pinces hémostatiques et des ciseaux. Il s'agissait d'un épithélioma ou d'une tumeur épithéliale. Grâce à l'hémostasie préventive temporaire et définitive, suivant notre procédé, le malade guérit en quelques jours sans qu'il restât de gêne sérieuse dans les fonctions de l'organe. La santé s'était soutenue et même améliorée, lorsqu'il y a quinze jours le malade se présenta à notre consultation de la ville, se plaignant de douleurs sous-maxillaires. L'examen de cette région nous fit découvrir l'existence d'un ganglion du volume d'un pois, induré et encore indépendant. Nous proposâmes au malade d'en pratiquer l'ablation. Cette nouvelle opération l'effraya, et il alla consulter M. Ricord qui partagea notre avis et le décida à se faire opérer. Huit jours après, la tumeur avait le volume d'une noisette, néanmoins le malade hésita encore une semaine avant de venir à l'hôpital.

La tumeur a le volume d'une noix, la peau qui la recouvre est saine, non adhérente, mobile à la surface. Mais il est facile de constater que la face profonde de la tumeur contracte au contraire des adhérences avec les tissus intermédiaires à la glande sublinguale, à la carotide et au bord correspondant de l'os hyoïde. La tumeur est lisse, tendue, élastique, dure, non fluctuante. Il paraît certain qu'il s'agit d'un ganglion hypertrophié, plutôt solide que liquide, de nature maligne. L'ablation est urgente.

25 *octobre*. — Chloroforme. Nous faisons une incision curviligne à convexité inférieure, intéressant la peau, le peaucier et l'aponévrose, qui nous permet de mettre à découvert l'enveloppe fibro-cellulaire propre à la tumeur ganglionnaire. Nous l'énucléons alors avec la spatule ; ce travail est facile pour la partie superficielle, mais à la face profonde, l'enveloppe a contracté de telles adhérences avec l'os hyoïde et les muscles qu'il est impossible de la détacher sans la rompre. A ce moment un jet de liquide louche, peu coloré, à reflet rougeâtre, chargé de grumeaux très fins non purulents, s'écoule au dehors et la tumeur s'affaisse complètement à la manière d'une cavité kystique. En raison

des rapports de cette poche avec la jugulaire, la carotide et ses branches, nous sommes obligé de terminer la dissection avec beaucoup de prudence sans pouvoir enlever largement comme il aurait convenu les fibres celluleuses qui reliaient la tumeur à ces organes. Six pinces hémostatiques ont été appliquées sur les vaisseaux pendant l'opération, trois seulement sont laissées pendant vingt-quatre heures. Un drain placé au fond de la plaie sort à la partie déclive, et les lèvres de l'incision sont ensuite réunies à l'aide de cinq points de suture métallique. Pansement alcoolisé phéniqué. Pas de réaction générale ; les sutures furent enlevées le quatrième jour, la réunion était obtenue dans les deux tiers supérieurs de la plaie. Le malade quitta l'hôpital afin de suivre en ville les soins de son médecin.

C. Région sterno-mastoidienne.

Obs. CDLVIII. — *Torticolis congénital. Section sous-cutanée du sterno-mastoïdien. Application de l'appareil orthopédique de M. Péan fabriqué par M. Mathieu.* — Klein (Auguste), neuf ans, se présente à la clinique du 13 janvier 1877, pour un torticolis congénital du sterno-cléido-mastoïdien droit. Attitude vicieuse caractéristique de la tête et du cou; la tête est inclinée sur l'épaule gauche, la face est tournée à gauche et un peu en haut en même temps qu'elle a subi un léger mouvement d'inclinaison en avant, menton en avant et à gauche, la face gauche du cou est convexe, la face droite est plutôt concave. Si on examine comparativement les muscles sterno-mastoïdien droit et gauche, on trouve les différences suivantes : le gauche fait saillie à la manière d'une corde au-dessous des téguments ; le droit est aplati ; sa surface est sensiblement dans le même plan que les parties voisines. La longueur du muscle gauche est de 14 centimètres celle du droit n'est que de 7 centimètres. La largeur du muscle gauche est de 4 centimètres et demi. Cette dimension n'existe pour ainsi dire pas à droite où le muscle représente une véritable corde. La moitié droite de la face est en partie atrophiée. Le corps est normal. Ces symptômes locaux ne sont pas accompagnés de troubles fonctionnels d'autre nature. La phonation, la déglutition, la respiration sont normales. Nous nous proposons de remédier à cette difformité en faisant la section sous-cutanée du muscle, et nous espérons arriver à un résultat favorable malgré les différences considérables de longueur des deux muscles.

13 *janvier*. — Le malade n'est pas endormi. Recherche et examen du point d'élection de la myotomie à l'union des tiers moyen et inférieur. Deux veines superficielles volumineuses recouvrent le muscle à ce niveau et exigeront les plus grands ménagements pendant l'opération. Incision des téguments sur le bord antérieur

du cordon fibreux qu'il s'agit de couper. Nous sectionnons de la profondeur vers la surface, avec un ténotome mousse. L'opération se fait sans une goutte de sang. Aussitôt après la section, nous obtenons un allongement de 2 centimètres et demi. Comme il importe que les deux bouts du muscle ne se réunissent qu'à distance, nous appliquons l'appareil de Mathieu.

Le malade quitte le service avec son appareil. Cette opération a pu être menée à bonne fin, malgré l'existence d'une anomalie veineuse qui a singulièrement compliqué le manuel opératoire. Chez ce malade, la veine jugulaire externe est accolée à la jugulaire antérieure, qui est double du muscle qu'il s'agissait de couper. Au lieu de rester verticales sur les côtés de la ligne médiane, elles sont obliques et reçoivent les veines superficielles antérieures du cou et de la face. Elles forment deux troncs isolés qui se rapprochent de plus en plus, au niveau du sterno-cléido-mastoïdien rétracté, si bien, qu'elles s'unissent immédiatement en arrière du muscle, pour aller se jeter par anastomose récurrente et transversale dans la jugulaire interne. Le volume de ces veines, leur disposition, empêcha de faire la section au lieu d'élection, nous fûmes obligé de les écarter avec les doigts et de les maintenir fixées avec un rétracteur mousse, pour pouvoir sectionner le muscle.

Obs. CDLIX. — *Cicatrice vicieuse du cou, consécutive à une brûlure. Autoplastie.* — Sellier (Célestine), vingt-six ans, cuisinière, entre le 13 juillet 1877, salle Sainte-Marthe, 44. Il y a six mois, brûlures de la face et du cou par l'essence minérale ; les brûlures de la face étaient superficielles et n'ont laissé aucune trace, mais celles du cou, plus profondes, ont suppuré et donné naissance à des brides cicatricielles.

Sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne, existe une bride verticale qui s'étend du bord inférieur de la symphyse mentonnière au bord supérieur du cartilage thyroïde. De l'extrémité inférieure de cette première cicatrice en part une seconde de 3 centimètres qui se dirige horizontalement à gauche. Toutes deux sont hypertrophiées et forment des bourrelets saillants, indurés, d'une couleur rouge violacée. Ni ulcération, ni inflammation, indolence complète soit spontanément, soit à la pression. La cicatrice transversale ne produit aucune gêne, mais la bride verticale, en vertu de sa rétraction, maintient la tête dans un état de demi-flexion, limite les mouvements du cou, et compromet la nutrition ; la déglutition des aliments solides est, en effet, très difficile.

11 *août.* — Chloroforme. Pendant qu'un aide maintient la tête dans l'extension, nous faisons avec le bistouri, de chaque côté de la bride verticale, deux incisions qui viennent se rejoindre à l'extrémité inférieure de cette bride, en formant un V ouvert en

haut. Saisissant ensuite le sommet de ce lambeau avec des pinces, nous disséquons sa face profonde afin d'isoler la plus grande partie de la bride verticale. Ce procédé est immédiatement suivi de succès, le mouvement d'extension de la tête reprend toute son étendue et la bride cicatricielle disséquée est entraînée en haut dans ce mouvement, en laissant au-dessous d'elle une plaie angulaire. Nous suturons d'abord, à l'aide de notre aiguille à manche, les lèvres de cette plaie en les rapprochant de bas en haut. La laxité des téguments de cette région nous permet d'arriver à ce résultat sans tiraillements. Ensuite, nous suturons les bords du lambeau afin qu'il ne se sphacèle point. La place suturée prend la forme d'un Y; nous avons placé, en tout, neuf fils métalliques. Pas d'hémorrhagie; il n'a pas été nécessaire de laisser de pinces hémostatiques à demeure. Les suites de l'opération furent des plus simples : pas de réaction fébrile ; les premiers jours la malade ne prit que des aliments liquides; afin d'éviter toute espèce de tiraillements, la tête fut maintenue dans l'extension jusqu'au 20 août. A cette époque la cicatrisation était complète, les mouvements de flexion et d'extension de la tête étaient beaucoup plus étendus qu'avant l'opération. La déglutition s'opérait normalement et la malade prenait des aliments solides.

Le 23 août, elle sortit complètement guérie.

Obs. CDLX. — *Cicatrices vicieuses du thorax, de l'aisselle, du bras, du cou et de la face, consécutives à une brûlure. Torticolis. Section d'une bride au cou.* — Carlier (Louis), 58 ans, journalier, entre le 23 novembre 1878, salle Sainte-Marthe, 32. Sujet bien constitué. Alcoolique. Il y a dix mois, il s'endormit en état d'ivresse auprès d'un poêle allumé. Le feu prit à ses vêtements et détermina une vaste brûlure au troisième degré, intéressant les régions pectorale et claviculaire droites, la paroi antérieure de l'aisselle et la face interne du bras correspondant, la face antéro-latérale droite du cou et la partie inférieure de la face. Le malade entre dans notre service le 5 février, jour de l'accident ; il fut traité par le liniment oléo-calcaire, et, malgré toutes les précautions prises pour maintenir la tête dans une situation normale, la rétraction du tissu inodulaire détermina un torticolis cicatriciel. En août dernier, M. Terrillon opéra la section des brides cicatricielles vicieuses. Cette opération ne fut pas suivie d'un résultat complet. Le malade partit pour Vincennes, le 28 septembre.

23 *novembre*. — La tête est maintenue fléchie vers l'épaule droite, la face tournée en haut et à gauche, par une bride cicatricielle épaisse et courte, étendue de la commissure latérale droite au côté externe des insertions claviculaires du sterno-mastoïdien. Cette bride forme dans toute sa longueur au-dessus des téguments du cou un relief de 2 centimètres. Elle est adhérente par ses deux extrémités, c'est-à-dire au niveau du corps du maxillaire inférieur en haut

et à la partie moyenne de la clavicule en bas. Dans toute sa portion cervicale, au contraire, sa face profonde est indépendante des tissus sous-jacents. Du côté de la face elle se continue avec une cicatrice rayonnée qui attire fortement en bas et en dehors la commissure labiale droite. Du côté du thorax elle se continue de même avec du tissu cicatriciel. Ce tissu recouvre en effet toute la région pectorale, ainsi que la paroi antérieure de l'aisselle. Il affecte l'aspect de brides rayonnées qui s'étendent en avant jusqu'au sternum, en bas jusqu'au sixième espace intercostal, en dehors jusqu'à la ligne axillaire. Il se continue du côté du bras avec une bride qui occupe toute la face interne de celui-ci. Ce tissu présente une teinte rougeâtre, vineuse, sur la paroi antérieure de l'aisselle ; il est violacé sur le thorax au niveau du mamelon qui a été détruit.

26 *novembre*. — Chloroforme. Nous circonscrivons la bride cervicale par une incision en V dont le sommet inférieur se dirige vers la clavicule et dont les branches remontent vers le bord inférieur du maxillaire. Du sommet du V, nous faisons partir une autre incision libératrice qui se dirige en bas et en avant, vers l'articulation sterno-claviculaire. Ceci fait, nous disséquons la face profonde de la bride cicatricielle comprise entre les branches de notre incision en V, et nous obtenons ainsi un lambeau angulaire à base supérieure. Aussitôt après la dissection, la tête peut être ramenée dans une position normale, en même temps que le lambeau s'élève, laissant au-dessous de lui une perte de substance de même forme. Nous suturons alors les bords du lambeau avec la partie la plus élevée des lèvres externes de l'incision en V, à l'aide de cinq points de suture métallique de chaque côté. Nous suturons de même à l'aide de neuf fils métalliques les bords de la perte de substance qui reste au-dessous du sommet du lambeau, ainsi que les lèvres de l'incision libératrice. L'hémostasie temporaire pratiquée à l'aide de huit pinces a suffi pour prévenir toute hémorrhagie. L'opération terminée, la tête est immobilisée dans une bonne position à l'aide d'un bandage approprié. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté légèrement compressif. Pas de réaction fébrile. Pas d'accidents consécutifs locaux ou généraux. Les fils furent enlevés les quatrième, cinquième et sixième jours. Les bords du lambeau sont réunis par première intention, mais la plaie sous-jacente suppure modérément. Applications de bandelettes collodionnées. La cicatrisation s'effectue progressivement et régulièrement, elle est complète le 14 décembre 1878. Le malade devait revenir le lendemain à l'hôpital, afin que l'on puisse mettre un appareil ; il n'est pas revenu.

Obs. CDLXI. — *Adénite sterno-mastoïdienne.* — Bruno (Maurice), vingt-cinq ans, garçon de cuisine, entre le 6 mai 1878, salle Saint-

Augustin, 3. L'année dernière, a eu un chancre de la verge qu'il a pansé avec du vin aromatique et qui, dix-huit jours après, était cicatrisé. Six semaines plus tard, plaques muqueuses dans la bouche, sur le scrotum, au pourtour de l'anus. Les ganglions inguinaux devinrent volumineux, douloureux, mais ne suppurèrent pas. En octobre 1877, syphilides papuleuses dont on voit aujourd'hui les cicatrices gaufrées et blanchâtres sur le tronc. Alopécie. Traitement mercuriel. Gargarismes au chlorate de potasse.

Il y a quinze jours, le malade a remarqué que le côté droit du cou grossissait; quelques jours auparavant, il avait déjà ressenti une certaine gêne de ce côté. En peu de jours, la tumeur acquérait le volume d'un œuf. Souffrant beaucoup et ayant perdu appétit et sommeil, le malade entre à l'hôpital.

A la partie moyenne du côté droit du cou, un peu en arrière du muscle sterno-mastoïdien, on remarque une tumeur grosse comme une mandarine, à surface lisse, régulière. La peau qui la recouvre est luisante, tendue, rouge vif. Le pourtour de la tumeur est dur, mais son centre est très fluctuant. Peau chaude. La pression avec le doigt est très douloureuse. Cataplasmes.

8 *mai*. — On incise la tumeur et il s'échappe une énorme quantité de pus. Cataplasmes.

11. — Le malade sort dans un état très satisfaisant.

Obs. CDLXII. — *Adénite sterno-mastoïdienne.* — Hugonet (Jean), trente-neuf ans, garçon marchand de vin, entre le 8 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 1. Malade bien constitué, sans antécédents pathologiques directs ou indirects. Il travaille fréquemment dans les caves, à l'humidité.

Il y a quinze jours, il a remarqué pour la première fois un gonflement indolore de la partie latérale droite du cou. Ce gonflement a augmenté insensiblement. A son entrée dans le service on constate l'état suivant:

La région cervicale droite présente un gonflement anormal. En avant du bord antérieur du sterno-mastoïdien existent trois tumeurs superposées de haut en bas; celle du milieu, la plus grosse, présente le volume d'un œuf de poule, les deux autres sont moins volumineuses. Toutes trois sont dures, sous-cutanées, mobiles, indépendantes les unes des autres, sans coloration anormale de la peau. La plus supérieure semble cependant avoir contracté des adhérences avec celle qui est au-dessous: elles sont indépendantes des couches musculaires qui les environnent. Elles sont uniformément dures, arrondies, ne présentant nulle part de point ramolli, indolores, et n'occasionnent qu'un sentiment de gêne dans certains mouvements d'inclinaison de la tête.

Pas de symptômes généraux: pas de fièvre, pas de frissons. Les

autres régions ganglionnaires paraissent saines ; les organes thoraciques ne présentent rien de particulier. Bon appétit ; bonnes digestions. Rien dans les antécédents du malade ne peut expliquer cette hypertrophie glandulaire. Il accuse lui-même comme cause de son état son travail habituel dans des caves humides privées de lumière et d'air.

Le malade est soumis à un traitement général. Sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue ; teinture d'iode sur les ganglions.

L'état reste stationnaire pendant huit jours. Puis un travail de résorption apparaît ; les tumeurs diminuent de volume ; même traitement.

Le 17 octobre le malade quitte le service ; les tumeurs avaient sensiblement diminué.

Obs. CDLXIII. — *Kyste hydatique de la région sterno-mastoïdienne.* — Abendrath (Marie), douze ans, écolière, entre le 20 juillet 1878, salle Sainte-Marthe, 52. Pas d'hérédité. Antécédents scrofuleux. Gourme dans les cheveux, adénites cervicales dans l'enfance. Il y a deux ans, tumeur ganglionnaire située au niveau du bord postérieur de l'apophyse mastoïde gauche ; le ganglion atteint d'inflammation avait le volume d'une petite noix, était dur, sensible à la pression, mais peu douloureux, mobile sous la peau. Huile de foie de morue et sirop d'iodure de fer à l'intérieur, badigeonnage de teinture d'iode sur la tumeur. Ce traitement amène la guérison sans suppuration.

Il y a un an et demi, elle vit apparaître au niveau du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, à 3 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire, une tumeur du volume d'une noisette, dure, rénitente, régulièrement arrondie, lisse et unie, très mobile sous la peau et complètement indolente. Cette tumeur s'est développée lentement et progressivement d'une façon régulière, sans provoquer aucun symptôme inflammatoire, aucune espèce de douleur, et nulle autre gêne que la déformation. Cette dernière cause, ajoutée au développement croissant de la tumeur, amène la malade à l'hôpital.

La tumeur a atteint le volume d'une petite orange ; elle s'étend transversalement du bord antérieur du sterno-mastoïdien sur lequel elle empiète jusqu'à 2 centimètres de la ligne médiane ; verticalement, elle occupe la moitié gauche de la région sus-hyoïdienne jusqu'à deux travers de doigt de la branche horizontale du maxillaire et la partie supérieure de la région sous-hyoïdienne. Elle est régulièrement arrondie, globuleuse, sa surface ne présente à la vue aucune espèce de bosselure. La peau légèrement tendue et colorée en brun par la teinture d'iode ne présente aucune altération. Pas de vascularisation anormale ou de nouvelle formation, pas d'œdème de voisinage. Au toucher, les téguments sont mobiles à la surface de la tumeur ; celle-ci a la consistance dure, élastique des kystes fortement distendus. Elle adhère au bord antérieur du sterno-mastoïdien qui la déplace dans ses mouvements et semble se confondre en par-

tie avec l'enveloppe de la tumeur. Rien dans les ganglions cervicaux. Aucune gêne de la respiration ou de la déglutition. Les gros vaisseaux du cou ne sont pas comprimés. L'état général est satisfaisant.

20 *juillet.* — Chloroforme. Avec le bistouri nous faisons parallèlement au bord antérieur du sterno-mastoïdien une incision qui intéresse du même coup la peau et le peaucier. Nous divisons ensuite avec précaution l'aponévrose superficielle et nous tombons sur la coque de la tumeur qui est d'un blanc mat uniforme, peu vasculaire et faiblement unie aux parties voisines par des tractus celluleux lâches. Pendant que des aides maintiennent les bords de l'incision écartés avec des rétracteurs, nous énucléons la tumeur avec le doigt et la spatule. Cette énucléation est très simple, sauf en arrière où l'enveloppe de la tumeur est confondue avec les fibres les plus antérieures du sterno-mastoïdien. Aussi sommes-nous obligé de sectionner avec le bistouri toute la partie adhérente du muscle. Nous parvenons ainsi à enlever la poche kystique, sans l'ouvrir. Nous avons affaire à un kyste hydatique muni de ses trois parois : il contient un liquide clair, sans vésicules filles et sans hydatides visibles; mais l'examen microscopique y révèle l'existence de crochets. L'opération terminée, nous plaçons dans la plaie un tube à drainage dont l'extrémité libre sort à l'angle inférieur de la plaie. Nous réunissons ensuite les trois quarts supérieurs de celle-ci à l'aide de cinq points de suture métallique. Pansement simple avec la tarlatane imbibée d'eau alcoolisée et phéniquée.

21. — Nausées et vomituritions dues à l'action du chloroforme. Pouls accéléré. T = 38°.

22. — Température normale, la malade mange avec appétit. Sommeil tranquille.

24. — On enlève les fils, réunion par première intention, excepté à la partie inférieure où était le tube. On enlève celui-ci et on maintient les lèvres de la plaie rapprochées à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnée.

29. — Cicatrisation complète, la malade sort guérie.

D. Région sous-hyoidienne.

Obs. CDLXIV. — *Abcès en avant du corps thyroïde.* — Potentier (Louis), soixante-neuf ans, entre le 6 mai 1878, salle Saint-Augustin, 76. Il y a quinze jours, en se rasant, il a remarqué au niveau du corps thyroïde une tumeur du volume d'une noisette, sous la peau. Elle a augmenté rapidement et atteint le volume d'une moitié d'œuf de poule. Peu de douleurs, un peu de gêne seulement pendant la déglutition.

A son entrée à l'hôpital, nous constatons, en avant du corps thy-

roïde, une tumeur grosse comme une moitié d'œuf. La peau est rouge, amincie, luisante à sa surface. A son centre on trouve un point ramolli et fluctuant. Légère douleur à la pression. Cataplasmes.

9 *mai.* — Incision avec le bistouri. Écoulement de pus. — Cataplasmes.

15. — Les bords de la plaie sont presque réunis.

20. — Le malade sort complètement guéri.

E. Région sus-claviculaire.

Obs. CDLXV. — *Sarcome des ganglions sus-claviculaires. Ablation. Récidive. Seconde ablation. Erysipèle.* — Budon (Désirée), quarante-deux ans, domestique, entre le 12 février 1877, 45, salle Sainte-Marthe. Réglée à seize ans. Menstruation régulière. Ni métrorrhagie, ni leucorrhée. Pas d'enfants, pas de fausses couches. Adénite sous-maxillaire suppurée, du côté droit, à l'âge de six ans. A part cette manifestation, on ne trouve dans l'histoire de la malade aucun antécédent héréditaire ou pathologique jusqu'en 1874. A cette époque, apparition dans la région sus-claviculaire du côté droit d'une tumeur solide qui se développa rapidement. En 1879, entrée à l'hôpital Beaujon, où la tumeur fut photographiée (elle avait alors le volume du poing, au dire de la malade). Ablation pratiquée par M. Lefort, le 13 mai 1876. Après un séjour de deux mois à l'hôpital, la malade sort guérie. Au mois d'octobre dernier, la tumeur recommence à grossir, en provoquant des douleurs lancinantes; ces symptômes s'aggravent bientôt à tel point que la malade se décide à recourir de nouveau au traitement chirurgical.

Nous retrouvons dans le creux sus-claviculaire droit la cicatrice de la première opération; elle est rouge violacée au centre, où l'on remarque de fins capillaires de nouvelle formation; blanchâtre dans les points où elle se continue avec la peau. Par places, elle est soulevée par une tumeur irrégulière, noueuse, qui la déborde en haut et en arrière et présente le volume d'un œuf de poule. En dehors de la cicatrice, la peau a conservé sa coloration normale. On ne remarque dans son épaisseur aucune veine dilatée. Par la palpation on reconnaît qu'elle adhère en plusieurs points à la tumeur. Celle-ci est dure, solide, bosselée, de consistance squirrheuse et semble formée par plusieurs ganglions superposés et intimement unis entre eux. Nulle trace de fluctuation, aucun point ramolli. Cette masse morbide est complètement immobile sur les couches profondes, avec lesquelles elle paraît se continuer. L'affection semble localisée au creux sus-claviculaire ; il n'existe pas de chapelet ganglionnaire au-dessus de la tumeur, ni du côté opposé. D'autre part, l'état général a subi des altérations profondes depuis un an : amaigrissement con-

sidérable, perte des forces et de l'appétit, les cheveux ont complètement blanchi ; teint altéré, terreux, lèvres décolorées. Les caractères actuels de la tumeur nous conduisent à la considérer comme comprenant dans sa masse un certain nombre de ganglions ; toutefois, les renseignements que nous avons pu recueillir sur les symptômes du début ne sont pas assez exacts, pour nous permettre de déterminer, si l'affection a pris naissance dans l'appareil lymphatique, ou si elle ne l'a envahi que par contiguité. Cette dernière hypothèse nous paraît la plus probable en raison de l'intégrité des ganglions voisins.

24 *mars*. — Chloroforme. Après avoir recherché la veine jugulaire externe, afin de la maintenir écartée du champ de l'opération, nous disséquons la peau à la surface de la tumeur, et nous la faisons rétracter par des aides. La tumeur est ensuite saisie à l'aide de pinces de Museux et attirée au dehors, pendant que nous tentons d'en faire l'énucléation avec le doigt et la spatule. Nous reconnaissons bientôt que la masse emprisonne dans son épaisseur un certain nombre de vaisseaux et de nerfs. Comme nous l'avions redouté, elle envoie des prolongements jusqu'à la carotide primitive et aux troncs nerveux qui l'accompagnent. Nous enlevons d'abord la plus grande partie de la tumeur, et nous poursuivons ensuite ses prolongements; malgré une minutieuse dissection, nous sommes obligés d'en laisser quelques fragments adhérents aux vaisseaux et en particulier à la carotide et à la veine jugulaire interne. Ce dernier vaisseau est énorme. Six pinces hémostatiques placées sur les tissus saignants nous ont permis d'opérer sans hémorrhagie ; deux de ces pinces sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. L'opération terminée, nous réunissons les deux tiers supérieurs de la plaie à l'aide de quatre fils métalliques. Pansement avec une mèche de charpie alcoolisée, introduite à la partie déclive. Les jours suivants rien à noter; la température ne dépassa pas 38° et le pouls 98. Le 4 juin nous enlevâmes les fils. Réunion solide par première intention du tiers supérieur de la plaie. Lavages et pansement alcoolisé. Le 13 avril, la cicatrisation était très avancée, quand la malade fut prise d'une poussée d'érysipèle au pourtour de la plaie, qui exigea son transport dans une salle d'isolement. Traitement par le mélange d'éther et de térébenthine ; huit jours après la cicatrice était complète et l'érysipèle avait disparu. Cette malade quitta le service dans un état satisfaisant.

F. Région cervicale postérieure.

Obs. CDLXVI. — *Lipôme de la région cervico-dorsale. Ablation. Tétanos. Mort.* — Chevet (Denis), cinquante-deux ans, terrassier, entre le 23 novembre 1877, salle Saint-Augustin, 7. Pas d'hérédité, pas d'accidents vénériens ou tuberculeux. Sujet maigre mais bien constitué;

jamais de maladies graves. Il y a vingt ans, il remarqua à la partie supérieure de la région dorsale, sur la ligne médiane, une tumeur sous-cutanée, mollasse, complètement indolente. Cette tumeur s'est accrue lentement et progressivement, sans déterminer d'abord d'autres symptômes que de la gêne et une sensation de pesanteur. Il y a six mois, il commença a éprouver dans les muscles de l'avant-bras droit des crampes passagères et des contractures revenant à peu près régulièrement toutes les heures et durant à peine quelques secondes. En même temps il ressentait des fourmillements dans les poignets, l'avant-bras et le coude. Bientôt la sensibilité disparut complètement dans le petit doigt; le malade s'est coupé volontairement au niveau de la première phalange, et bien que la plaie intéressât toute l'épaisseur de la peau, il n'a rien senti. En même temps que ces phénomènes d'anesthésie tactile et douloureuse, il éprouvait par moments une sensation de chaleur insupportable à l'extrémité du petit doigt. Depuis quinze jours tous ces symptômes se sont exagérés, des fourmillements et des douleurs sont apparues dans le bras droit en même temps qu'un certain degré de parésie.

La région cervico-dorsale est déformée par une tumeur du volume d'une tête d'adulte, globuleuse, assez régulièrement arrondie, étendue verticalement de la quatrième vertèbre cervicale à la troisième dorsale, et transversalement du bord spinal de l'omoplate droite au bord correspondant de l'omoplate gauche. Sa circonférence mesure quarante-deux centimètres. Sa surface présente de larges bosselures aplaties que séparent des sillons peu profonds et apparents sous la peau. Celle-ci a conservé son intégrité, mais présente une teinte rosée due au développement d'un grand nombre de fins capillaires arborisés; elle semble contracter en certains points des adhérences avec la tumeur. Pas d'œdème inflammatoire de voisinage. Au toucher la consistance est mollasse, homogène, lipomateuse et donne en certains points une sensation de fausse fluctuation. Il est facile de constater que la tumeur se compose de plusieurs lobes volumineux; elle jouit d'une mobilité partielle à la surface du trapèze à laquelle elle semble adhérer par des tractus celluleux assez lâches. Les contractions de ce muscle n'entraînent pas de changements appréciables dans la situation de la masse morbide. Outre les troubles fonctionnels précédemment mentionnés, il existe une gêne notable dans les mouvements du cou. La tête est maintenue dans un état permanent de demi-flexion. Les mouvements d'extension sont très limités. Les mouvements du membre supérieur droit sont lents et maladroits. Le malade ne peut serrer la main qu'on lui présente qu'entre le pouce et l'index. Sensation de froid à la main et à l'avant-bras.

1er *décembre*. — Chloroforme. Nous faisons à la surface de la

tumeur une incision cruciale qui comprend du même coup la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et nous tombons sur la tumeur qui est munie d'une enveloppe celluleuse propre bien limitée. Cette coque est unie à la peau par des tractus fibreux entre lesquels rampent de nombreuses veines dilatées qui vont se perdre dans la tumeur. Nous saisissons ces vaisseaux entre les mors de nos pinces avant de les sectionner. La face profonde de la tumeur contracte peu d'adhérences avec l'aponévrose du trapèze, elle reçoit aussi un grand nombre de veines. Aucun filet nerveux appréciable ne se rencontre au voisinage de la tumeur. Douze pinces ont été placées sur les vaisseaux pendant l'opération ; sept seulement sont laissées à demeure pendant vingt-quatre heures. Perte de sang insignifiante. L'opération terminée, nous réunissons les lèvres de la plaie à l'aide de douze fils métalliques et nous laissons à la partie déclive une ouverture suffisante pour livrer passage à un tube fenêtré et aux liquides. Pansement alcoolisé et ouaté compressif. La tumeur pèse 2 kil. 100 gr. Sur une coupe, on reconnaît qu'il s'agit d'un lipôme simple. Pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'opération, l'état du malade fut aussi satisfaisant que possible. La température ne dépassa pas 37°,8. Les fils furent enlevés le 5 décembre, la réunion par première intention était obtenue dans la plus grande partie de la plaie.

6. — Contractures douloureuses dans les extenseurs du cou. Les contractions s'effectuent brusquement, durent à peine quelques secondes et cessent tout à coup pour se renouveler de minute en minute.

7. — Trismus et opisthotonos. — T = 38°. Injection sous-cutanée de morphine. Potion avec 3 gr. de chloral.

Mort le 7 dans la soirée. L'autopsie n'a révélé aucune lésion appréciable des centres nerveux ou de leurs enveloppes.

Obs. CDLXVII. — *Lipôme de la nuque. Ablation.* — Salis (Gabriel), soixante-six ans, serrurier, entre le 17 avril, salle Sainte-Marthe, 26.

Pas d'antécédents héréditaires; ni scrofule ni syphilis.

Il y a huit ans, le malade dit avoir remarqué du sang dans ses crachats pendant six mois, on ne retrouve actuellement rien du côté des poumons. Depuis six ans, il porte dans la région gauche une tumeur qui était au début du volume d'une lentille, et s'est développée lentement et progressivement, sans déterminer ni gêne, ni douleur.

Actuellement elle a atteint le volume d'une orange, et répond supérieurement à la ligne courbe supérieure de l'occipital, en bas à la deuxième vertèbre cervicale, en dehors au bord postérieur de l'apophyse mastoïde gauche, en dedans elle reste distante de deux centimètres de la ligne médiane postérieure du cou. Sa forme est assez régulièrement sphérique; elle fait une saillie de cinq centimètres au-

dessus des parties voisines, sur lesquelles elle s'implante par un large pédicule. La peau qui la recouvre est distendue, rougeâtre, parcourue par un grand nombre de veinules ; on remarque à sa surface les traces d'applications de caustiques, faites autrefois dans le but de détruire la tumeur qu'on avait prise pour un kyste sébacé. Ses caractères extérieurs ont en effet la plus grande analogie avec cette affection.

Par la palpation, on reconnaît que la tumeur est bosselée et comme formée de plusieurs lobes peu distincts, sa consistance bien que solide est molle et rappelle celle de certains lipômes. On ne trouve dans toute sa masse aucun point fluctuant.

Cette tumeur est manifestement sous-cutanée, elle est mobile sur les couches profondes, et ne contracte avec la peau que de faibles adhérences, aux points où l'on a autrefois appliqué des caustiques.

Sa température est normale. Rien dans les ganglions de la région.

Le siège de cette tumeur, sa marche lente et progressive, sa consistance spéciale, nous autorisent à croire que nous sommes en présence d'une production fibro-graisseuse.

Le seul moyen de faire disparaître cette masse morbide consiste dans l'ablation ; nous la pratiquons le 11 avril 1877 sans avoir besoin d'endormir le malade. Pour cela, nous faisons à la surface de la tumeur et suivant son axe vertical une incision en M, de manière à obtenir trois petits lambeaux qui s'engrènent à la manière des roues dentées. L'énucléation faite au moyen des doigts et de la spatule ne présente aucune difficulté.

Une coupe nous prouve que nous sommes en présence d'un lipôme, avec hypertrophie des cloisons cellulaires.

Peu de sang pendant l'opération, il n'a pas été nécessaire de laisser de pinces hémostatiques. Réunion des lèvres de la plaie par trois points de suture métallique, pansement alcoolisé.

Pas de réaction fébrile. Pansement simple alcoolisé. La plaie est complètement cicatrisée quinze jours après l'opération, et le malade sort guéri.

§ III.

Tronc.

Nous attirerons surtout l'attention de nos lecteurs sur les observations qui portent les nos CDLXX (Épithélioma des téguments du thorax chez un homme de soixante-seize ans ; il en a été question dans nos leçons de 1876 à

propos du diagnostic des tumeurs malignes de la mamelle, chez l'homme), et CDLXXI (Sarcome de la paroi abdominale trop étendu pour qu'on pût l'opérer). Le diagnostic de cette tumeur offrait un grand intérêt; d'après ses caractères actuels, elle était sans nul doute de mauvaise nature, en raison de l'aspect chagriné de la peau à la pression, des prolongements squirrheux qu'elle envoyait dans les régions voisines. Mais, d'autre part, la lenteur de la marche, l'aspect extérieur du lobe supérieur, sa consistance portaient à admettre qu'il s'agissait d'un fibro-lipome enflammé et ulcéré. Nous serions même disposé à admettre qu'il s'agit dans ce cas, comme dans plusieurs autres que nous avons eu l'occasion d'observer, d'une tumeur qui après avoir été complètement bénigne au début avait fini par dégénérer. La dégénérescence des tumeurs, dont nous avons souvent observé des exemples, ne nous paraît pas avoir frappé suffisamment l'attention des chirurgiens qui ont écrit sur ce sujet. S'il se fût agi d'une tumeur primitivement maligne, elle aurait certainement suivi une marche plus rapide à la période du début. Nous appelons également l'attention sur les obs. CDLXXIX et CDLXXX, relatives à ces tumeurs sur lesquelles nous avons fait deux leçons renfermées dans le présent volume (p. 83 à 109), et enfin sur l'obs. CDLXXIV.

Lorsqu'un enfant présente une tumeur du rachis en même temps que des traces évidentes de lymphatisme, il y a lieu de penser immédiatement au mal de Pott. Neuf fois sur dix, en effet, cette tumeur n'est autre qu'une gibbosité, due à l'affaissement des corps vertébraux et à la saillie des apophyses épineuses. Mais cette gibbosité s'accompagne de symptômes caractéristiques qui faisaient défaut dans notre cas. Nous ne trouvions en effet ni le point douloureux, ni l'attitude spéciale que prend le malade pour éviter la douleur, ni l'œdème inflammatoire du voisinage. D'autre part, dans le mal de Pott, l'apophyse saillante est bien déplacée, mais elle a conservé sa forme et ses rapports normaux avec les lames et le corps de la vertèbre, elle ne possède pas la mobilité de la tumeur qui nous occupe. Enfin l'examen de la fosse iliaque dans la

direction du psoas, et l'examen du canal crural ne révèlent aucun des symptômes que l'on constate en pareil cas. Ces régions sont libres, non enflammées, non tuméfiées. En aucun point on ne trouve la trace d'abcès. Toutes ces raisons nous obligent donc à abandonner l'idée d'un mal de Pott. Une autre variété de tumeur de la région rachidienne, spéciale à l'enfance, est le spina-bifida. Ce vice de conformation se révèle par l'existence d'une tumeur de dimension variable, mais pouvant atteindre un volume assez considérable au moment de l'effort. Cette tumeur est transparente, molle, fluctuante, réductible, et s'accompagne d'ordinaire de troubles fonctionnels dus à la situation anormale ou à la compression de la moelle et des nerfs rachidiens. Or nous observons des symptômes complètement différents de ceux que nous venons de rappeler. Serait-il logique d'admettre que l'hydrorhachis peut dans certains cas être assez peu développée pour passer inaperçue dans l'enfance, et que plus tard l'orifice de communication entre la tumeur et les enveloppes de la moelle venant à s'oblitérer, il ne reste plus qu'un kyste sous-cutané? Nous ne croyons pas que ce cas ait encore été signalé. Mais en supposant que la chose fût possible, il nous semble que ce ne serait pas aussi bien limité que l'est notre tumeur et que nous retrouverions quelque autre trace du vice de conformation. Il n'y a pas lieu de penser à une de ces bourses séreuses sous-cutanées accidentelles, qui se développent chez les personnes auxquelles la colonne rachidienne sert de point d'appui pour porter un fardeau, ou chez ceux qui font usage d'un corset orthopédique. Dans tous les cas, une bourse séreuse serait plus superficielle, et ne s'engagerait pas profondément entre les apophyses épineuses. Les tumeurs des os sont fort rares sur les vertèbres, même chez les enfants, et la mobilité dont jouit celle-ci, bien qu'imparfaite, nous démontre qu'elle est plutôt en rapport avec le périoste qu'avec le tissu osseux lui-même. Nous pourrions donc penser à un myéloplaxome, à un enchondrome ou à une variété de tumeurs fibreuses. Les tumeurs myéloplaxiques ont presque toujours une consistance moins ferme que celle de

notre petite production; quant aux tumeurs cartilagineuses, elles sont recouvertes de bosselures caractéristiques qu'est loin de rappeler l'aspect lisse et uni de la production que nous étudions. Parmi les tumeurs qui tirent leur origine du tissu lamineux, tumeurs embryoplastiques et fibroplastiques, fibrômes proprement dits, nous sommes porté à nous arrêter à la dernière variété, à cause des petites dimensions de la masse morbide, de sa forme régulière et bien circonscrite ainsi que de sa consistance caractéristique.

1° *Thorax.*

Obs. CDLXVIII. — *Abcès froid de la paroi thoracique chez un phtisique, ouvert spontanément. Trajet fistuleux.* — Contet (Pierre), quarante-neuf ans, journalier, entre le 19 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 13. Mère morte d'une tumeur du sein. Depuis dix ans il a des hémorroïdes. Eczéma des bourses depuis quatre mois. Malade, chétif, maigre, teint feuille morte, toux opiniâtre, sueurs nocturnes, phtisique au second degré. Il n'a jamais craché de sang. Il y a trois mois, il a remarqué au-dessous du sein gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule. Début inaperçu, sans douleur. Il y a un mois et demi elle s'est ouverte spontanément par deux points. Il en est sorti un pus très épais et d'odeur fétide.

A deux travers de doigt au-dessous du sein gauche, tumeur du volume d'un œuf de poule, arrondie, molle, fluctuante, sans changement de coloration de la peau. A la partie inférieure existent deux trajets fistuleux donnant issue à un liquide séro-purulent peu abondant. Le stylet pénètre jusqu'à deux centimètres, mais on ne peut trouver de lésion osseuse du voisinage. La colonne vertébrale ne paraît pas malade ; rien n'indique non plus de communication avec la plèvre.

Traitement général reconstituant. Cataplasmes et badigeonnages de teinture d'iode au pourtour de l'abcès.

31 *mars*. — La suppuration est presque tarie, le malade quitte l'hôpital. Il rentre le 5 avril, n° 11, même salle. L'abcès froid est fermé, mais le malade se plaint d'une diarrhée qui dure depuis sa sortie.

Sous-nitrate de bismuth, deux grammes. Amélioration. Le malade quitte le service le 11 avril.

Obs. CDLXIX. — *Sarcome de la paroi thoracique. Extirpation. Septicémie. Mort.* — Collo (Marie), quarante et un ans, sans profession, entre le 7 février 1878, salle Sainte-Marthe, 36.

Pas d'hérédité, aucun antécédent diathésique personnel. — Menstruation régulière de treize à quarante et un ans. A cette époque qui coïncide avec l'apparition des accidents qui l'amènent à l'hôpital, cessation complète des règles pendant six mois; depuis, elles ont été régulières. Nullipare. Jamais de maladie grave antérieurement. Il y a dix mois, elle remarqua que les mouvements du bras gauche s'accompagnaient de tiraillements du côté de l'aisselle. En portant la main dans cette région, elle sentit près de la paroi interne, au-dessous du tendon du grand pectoral, une tumeur dure, sous-cutanée, appréciable au toucher sans déformation visible. La peau glissait à la surface; elle était diffuse, dépourvue de mobilité. Un médecin consulté ordonna des badigeonnages de teinture d'iode, et à l'intérieur, l'huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer. Malgré ce traitement, la tumeur continua à croître avec lenteur, elle apparut bientôt à l'extérieur en soulevant les téguments de la région, puis s'étendit peu à peu aux régions voisines, sans déterminer d'autres accidents qu'une certaine gêne dans les mouvements du bras. Jamais de véritables douleurs soit spontanées, soit à la pression. Dans les derniers temps, la peau est devenue rouge, luisante, tendue à la partie la plus déclive de la tumeur axillaire, et a fini par s'ulcérer. Ces derniers accidents déterminent la malade à entrer à l'hôpital.

Entre le bord inférieur du grand pectoral et la partie supérieure du sein qui est peu développée, on voit une tumeur qui présente deux lobes principaux, séparés par un sillon. Ces deux lobes débordent notablement la paroi thoracique. Ils sont superposés et forment un relief, comparable à celui d'une mandarine. Bien qu'ils soient arrondis, leur surface est irrégulière, lobulée; le sillon qui les sépare est profond d'un centimètre. La peau qui les recouvre se continue avec les téguments voisins. A la surface du lobe supérieur elle est distendue, amincie, et montre par transparence le tissu blanchâtre sous-jacent; elle est parcourue par des capillaires variqueux comparables à ceux que l'on voit à la surface des lipômes. Les téguments qui recouvrent la tumeur inférieure sont enflammés à la périphérie, ulcérés au centre. Cette ulcération occupe toute l'épaisseur de la peau qu'elle ne dépasse pas, elle est recouverte de croûtes minces, non feuilletées, qui sont constituées par de la lymphe plastique brunâtre, coagulée. Le bord ne forme aucun relief apparent, la base de ces deux tumeurs est commune, on voit qu'elle se continue sous les téguments avec une masse non moins importante qui soulève la peau en formant un relief peu considérable, mais en se prolongeant en avant sur une longueur de six centimètres, en arrière jusqu'au grand dorsal, en bas jusque dans l'épaisseur de la moitié externe de la mamelle sous forme de cordon, en haut vers le tendon du grand pectoral. Les téguments soulevés en tous ces points lais-

sent voir par transparence les veines dilatées, mais ils ne sont pas autrement affectés. Toute cette portion profonde de la tumeur présente une dureté squirrheuse au toucher. Les contours sont diffus et adhérents aux tissus voisins, excepté aux côtes.

Les adhérences à la mamelle, au tendon du grand pectoral et au bord antérieur du grand dorsal sont les plus accusées. Celles de la peau n'ont lieu qu'au voisinage des deux masses saillantes dont nous avons parlé. En fronçant la peau avec les doigts, on voit apparaître sur ce point, dans une étendue de six centimètres, l'aspect chagriné que l'on trouve à la surface des tumeurs malignes, et plus spécialement celles de la région mammaire.

Des deux saillies, la supérieure offre une souplesse, un défaut d'adhérence à la peau, une mollesse comparable à celle des tumeurs fibro-graisseuses et l'absence complète d'adhérence a lieu comme pour les tumeurs de bonne nature. Celle qui est sous-jacente offre la dureté des tissus fibreux enflammés. Il est également facile de constater et de reconnaître au toucher que tous les tissus qui entrent dans la composition de ces tumeurs forment une seule masse.

2 *mars*. — Chloroforme. A l'aide du bistouri nous pratiquons largement l'ablation de la tumeur, nous enlevons en totalité la mamelle, une partie des fibres du grand pectoral. La tumeur semble avoir pris naissance sur l'aponévrose de l'aisselle avec laquelle elle se confond ; en détruisant de ce côté les adhérences morbides, nous devons prendre de grandes précautions pour ne pas blesser les nerfs et les gros vaisseaux de la région. Quant au bord supérieur de la tumeur, il contracte des adhérences avec le périoste du tiers externe de la clavicule que nous sommes obligé de ruginer.

12 pinces hémostatiques ont été appliquées sur les vaisseaux sectionnés ; cinq peuvent être enlevées immédiatement après l'opération qui produit une perte de substance assez considérable, mais qu'il nous est néanmoins facile de masquer en rapprochant les lèvres de la plaie et en les réunissant à l'aide de treize points de suture métallique. Nous laissons seulement à la partie déclive une ouverture suffisante pour l'écoulement des liquides et le passage d'un tube à drainage. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif. T = 37°8.

3. — TM = 38°. S = 38°6. — P = 102. Malade agitée, sueurs abondantes, pas d'appétit. Injection par le tube à drainage, même pansement. Potion aconit. — Vin de quinquina. Vin de Banyuls.

4. — TM = 37°5. S = 38°. — P = 96. La malade se trouve un peu mieux, elle mange avec appétit bouillon et viande rôtie.

5 et *jours suivants*. — La température n'a pas dépassé 38°. L'état général est satisfaisant. On enlève les fils que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées. Suppuration modérée par le tube à drainage.

8. — La malade a eu dans la journée quelques petits frissons; sueurs profuses, langue sale, pouls petit, serré, fréquent, altération des traits. La suppuration est presque nulle.

9. — Même état, sueurs moins abondantes, diarrhée. Malade abattue; subdélirium. La réunion en partie obtenue semble se détruire, teinte blafarde de la plaie.

10. — Prostration des forces, état comateux, la diarrhée persiste; sécrétion du pus tarie.

11. — Mort d'infection purulente. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. CDLXX. — *Epithélioma de la région sternale. Ablation avec le bistouri. Application consécutive de pâte de Vienne* (voyez *Clin.* de 1877, fig. 42, p. 162). — Fribourg (Louis), soixante-seize ans, sans profession, entre le 14 février 1877, salle Sainte-Marthe, 3, pour une ulcération de la région sternale.

Asthmatique ; ni scrofule, ni syphilis. Otorrhée dans la jeunesse à la suite d'un bain froid. Maladie de la peau traitée en 1817 à Saint-Louis dans le service de Biett. Hémorroïdes de vingt-cinq à soixante-six ans, ayant atteint, à une période de leur évolution, le volume du poing. Huit enfants, tous bien portants.

Il y a sept ans, il remarqua sur la partie moyenne du sternum, un bouton indolent du volume d'un haricot : un médecin consulté fit une incision cruciale et appliqua du caustique de Vienne. La plaie au lieu de se cicatriser gagna de proche en proche, prit tous les caractères d'une ulcération, et s'étendit principalement vers la région mammaire gauche. Depuis cette époque, plusieurs hémorrhagies spontanées abondantes se sont faites à la surface de cette ulcération. Une fois entre autres, le malade remarqua accidentellement que son linge était baigné de sang. Il trouva d'énormes caillots sur le thorax et l'abdomen, et estime à plus d'un litre la quantité de liquide écoulé. Cette ulcération n'a jamais provoqué de douleurs d'aucune sorte. Teinte jaunâtre de la peau, l'état général est loin d'être satisfaisant, ce qui s'explique par l'âge et l'anémie entretenue par les hémorrhagies.

Au milieu de la région sternale, nous trouvons une vaste ulcération irrégulièrement quadrilatère, étendue transversalement du bord droit du sternum au mamelon gauche qu'elle contourne inférieurement, de 7 centimètres de diamètre dans tous les sens. La surface est irrégulière, hérissée de bourgeons fongueux, rougeâtres, très vasculaires, qui varient du volume d'un grain de millet à celui d'un pois. Quelques-uns de ces bourgeons sont tellement vasculaires, qu'au moindre contact on craint une hémorrhagie. Cette surface est profondément excavée au niveau du sternum, et la dépression est rendue plus appréciable par la saillie des muscles pectoraux. A la partie supérieure droite de l'ulcération existe un îlot de

peau de 3 centimètres d'étendue, circonscrit par l'ulcération. A la partie inférieure de la tumeur, près de la ligne médiane, on voit quelques îlots recouverts de pellicules cicatricielles.

Les bords sont indurés, légèrement saillants, surmontés d'un liseré transparent. Rectilignes dans le sens vertical de chaque côté de l'ulcération, ils sont festonnés supérieurement et inférieurement, au niveau du prolongement que nous avons signalé au-dessous du mamelon gauche.

La peau qui recouvre les régions voisines est le siège d'un érythème diffus, mais on ne remarque dans son épaisseur, ni veines dilatées ni capillaires de nouvelle formation. La palpation permet de reconnaître que la tumeur repose sur une base indurée, que l'induration se limite à l'étendue de la surface ulcérée. On déplace assez facilement la tumeur au niveau du muscle pectoral gauche, et du mamelon correspondant, mais elle est adhérente au niveau du sternum. Le mal paraît exactement limité aux parties ulcérées ; rien dans les ganglions.

Le mode d'apparition de la tumeur, son évolution, ses caractères, montrent nettement que nous avons affaire à un cancroïde. L'ablation est évidemment indiquée. Si l'ulcération ne s'étend pas audelà de la couche musculaire, nous nous contenterons d'enlever celle-ci en même temps que les couches morbides. Si le périoste qui recouvre le sternum est également envahi, il est à craindre que déjà quelques éléments épithéliaux aient suivi les canaux de Havers, et dans ce cas, nous serons obligé de reséquer la surface du sternum, en ménageant, autant que possible, la lame compacte, qui nous sépare du médiastin antérieur. Il est impossible de trancher à l'avance la question, la dissection seule permettra de reconnaître à quelle profondeur s'étend la production maligne. Il semble, au premier abord, que pour une ulcération de cette nature, aussi bien circonscrite, l'application d'une couche de caustique de Canquoin suffirait pour détruire le mal en mettant plus sûrement à l'abri des hémorrhagies et de l'érysipèle. Les raisons que nous venons de donner plaident au contraire en faveur de l'instrument tranchant. Lui seul nous permettra de tracer les limites du mal, non seulement vers sa périphérie, mais surtout vers sa face profonde. Rien d'ailleurs ne nous empêche, comme nous le faisons souvent dans les cas de ce genre, une fois l'ablation terminée, d'appliquer une couche légère de ce caustique sur toute l'étendue de la plaie, et plus spécialement au niveau des points où le fond de l'ulcération aurait présenté des adhérences suspectes.

17 *mars*. — Chloroforme. L'opération conduite d'après les principes précédents fut exécutée rapidement, sans que le vieillard eût perdu du sang. Six pinces hémostatiques suffirent à cet effet.

Aussitôt après l'opération les pinces furent extraites, le caustique appliqué, et une compression ouatée faite assez largement. Au moment où on reportait le malade dans son lit, un vaisseau donnant encore un peu de sang, on plaça sur lui une pince hémostatique qui fut laissée pendant quatre heures.

Pas d'accidents consécutifs, l'eschare produite par la pâte de Canquoin tomba le 2 avril, laissant une plaie recouverte de bourgeons charnus de bonne nature. A partir de ce moment la cicatrisation marcha rapidement; elle était très avancée le 7 avril, quand le malade partit chez lui.

2° *Paroi abdominale.*

Obs. CDLXXI. — *Sarcôme.* — Létourneau (Onésime), quarante ans, blanchisseuse, entre le 29 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 48.

Cette femme est mère de huit enfants ; la menstruation a toujours été régulière et dure encore ; la santé habituelle assez bonne. Il y a huit ans, la malade s'est aperçue qu'elle avait sur le ventre une grosseur du volume d'un œuf située à 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'ombilic et à droite. Pendant sept ans la tumeur est restée à peu près stationnaire. La malade n'en était pas incommodée.

Il y a huit mois environ, la tumeur s'est développée davantage, et est devenue le siège de quelques douleurs. C'est depuis six mois surtout qu'elle a grossi, pour atteindre le volume d'une tête d'adulte qu'elle a aujourd'hui. Un cautère a été posé il y a un mois sur la tumeur.

30 *janvier.* — La plus grande partie de la moitié droite de la paroi abdominale est déformée par une énorme tumeur ovoïde qui ne dépasse pas la ligne médiane.

La tumeur descend en bas jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. En dehors elle correspond au flanc droit. En haut elle remonte jusqu'au cartilage de la septième côte. La surface n'est pas lobulée.

La paroi n'est pas adhérente à la tumeur, sauf au niveau du cautère. On peut faire mouvoir la tumeur dans le sens transversal. On sent qu'elle ne pénètre pas dans la cavité abdominale. En haut il est plus difficile de la faire mouvoir sur les cartilages costaux. Pas de sensation de fluctuation. Il est impossible de palper le foie. La malade éprouve des picotements douloureux, mais la douleur est tolérable. Il n'y a pas d'engorgement des ganglions de l'aine. L'état général n'a pas été modifié jusqu'ici.

La malade reste quelques jours à l'hôpital. On se contente de lui prescrire un traitement palliatif avec quelques applications résolutives.

3° *Dos.*

Obs. CDLXXII. — *Kystes mélicériques de l'épaule, du dos et de la fesse ayant les caractères de lipômes. Ablation par le bistouri.* — Stevens (Louis), bijoutier, quarante-six ans, entre le 18 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 16.

Pas d'hérédité. Pas de maladies antérieures. Aucun accident vénérien. Sujet fort, bien constitué. Alcoolique. Il y a trente-cinq ans, apparition au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, d'une tumeur sous-cutanée, mollasse, complètement indolente. Il y a quinze ans, développement d'une tumeur semblable au niveau de l'acromion. Le malade a remarqué qu'il en portait une troisième à la fesse droite, il y a six ans.

Les deux premières ont évolué très lentement sans occasionner ni gêne ni douleur, mais celle de la fesse gênait considérablement le malade, obligé par sa profession à rester assis. Par suite des frottements répétés auxquels elle était soumise, cette tumeur a fini par s'enflammer et est devenue douloureuse. Ce sont ces accidents, qui amènent le malade à l'hôpital.

État actuel. — La partie la plus proéminente de la fesse droite est déformée par une tumeur arrondie, convexe, du volume d'un œuf de dinde. La peau est tendue et présente de petites bosselures semblables à celles qu'on voit à la surface des lipômes; elle offre des teintes d'inflammation, et est parcourue par un grand nombre de fins capillaires de nouvelle formation. Au toucher, consistance mollasse de certains lipômes, sensation obscure de fluctuation dans toute l'étendue de la tumeur. Celle-ci est bien limitée ; elle jouit d'une certaine mobilité sur les couches profondes, et paraît adhérer à la face profonde du derme, sans être confondue avec lui.

A un centimètre au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, seconde tumeur sous-cutanée de forme sphéroïdale, du volume d'une mandarine. La peau est lisse et a conservé ses caractères normaux, mais comme celle qui recouvre la première tumeur, quoiqu'à un degré moindre, elle est parcourue par de fins capillaires. Au toucher, même consistance que la tumeur précédente ; celle-ci toutefois est plus ferme et moins fluctuante.

La tumeur qui siège au-dessous de l'acromion a le volume d'un œuf de pigeon. La peau est en ce point normale, et ne présente pas de capillaires. La tumeur est mieux limitée et plus mobile que les précédentes ; consistance pâteuse un peu différente de celle des autres tumeurs ; au centre existe un point très dur et comme infiltré de sels calcaires.

Ces trois productions sont indolentes spontanément. La pression détermine des douleurs assez vives dans la tumeur de la fesse.

L'opération fut faite le 23 juin 1877, le malade étant sous l'influence du chloroforme. Chaque tumeur fut enlevée en quelques minutes ; les vaisseaux étaient si peu saignants, que nous ne jugeâmes pas utile de les pincer. Les aides chargés de faire le pansement appliquèrent cinq points de suture entortillée à la fesse, huit à la région dorsale, et trois à la plaie sous-acromiale.

La tumeur fessière contenait de la matière sébacée mélangée à du pus roussâtre et à du sang. Le contenu de la tumeur du dos était plus mélicérique ; des dépôts feuilletés accolés à la face interne du kyste ressemblaient à des lamelles épithéliales imbriquées. Celle de l'épaule était franchement sébacée. Les parois des kystes étaient d'autant plus épaisses que la tumeur était plus volumineuse. Celles de la tumeur fessière mesuraient par place 2 à 3 millimètres d'épaisseur, elles étaient doublées sur leur face externe par du tissu cellulaire jaunâtre très vasculaire.

24 *juin*. — T et P normaux. Appétit. La fesse a été le siège d'une hémorrhagie aussitôt arrêtée par deux pinces hémostatiques. Pansement alcoolisé.

27. — La cicatrisation est des plus simples. La plaie du dos est réunie par première intention. Bourgeonnement de bonne nature de la plaie de l'épaule. La plaie de la fesse suppure modérément.

5 *juillet*. — La plaie scapulaire est fermée ; celle de la fesse va bien. Le malade se lève.

13. — Guérison complète. Le malade quitte le service.

Obs. CDLXXIII. — *Lipôme de la région scapulaire gauche. Ablation. Guérison.* — Vanderkeyden (Catherine), quarante-trois ans, vernisseuse, entre le 8 octobre 1878, salle Sainte-Marthe, 47. Forte constitution. Pas d'hérédité, pas d'antécédents morbides. Menstruation régulière depuis l'âge de dix-sept ans. Nullipare. Il y a trois ans, elle remarqua accidentellement vers la partie moyenne du bord spinal de l'omoplate gauche, une tumeur sous-cutanée du volume d'une noix, molle, très mobile sous la peau, complètement indolente. Cette tumeur s'est développée lentement sans déterminer d'autres troubles que quelques fourmillements dans le bras gauche.

La face postérieure de l'omoplate gauche est déformée par une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, du volume d'un gros œuf de dinde. L'extrémité supérieure répond à l'épine de l'omoplate ; l'extrémité inférieure à l'angle correspondant de cet os. Elle recouvre le bord spinal qu'elle déborde de chaque côté pour s'avancer en dedans vers la crête épineuse ; en dehors dans la fosse sous-scapulaire. La surface est lisse, unie, convexe, sans bosselure apparente. La peau a conservé ses caractères normaux, pas d'œdème inflammatoire, pas de vascularisation anormale ou de changement de coloration. Au toucher, la tumeur est sous-cutanée, bien circonscrite, indépen-

dante des téguments et des couches sous-jacentes auxquelles elle ne paraît reliée que par des tractus celluleux lâches. Elle se compose d'une masse unique, sans prolongements apparents. Sa consistance mollasse, homogène, donnant une fausse sensation de fluctuation, est celle du lipôme enkysté. Indolence complète. Rien dans les ganglions ou dans les organes éloignés ; l'état général est très satisfaisant.

25 *octobre*. — Chloroforme. Nous faisons à la surface de la tumeur une incision verticale longue de 10 centimètres, qui comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. A l'union des tiers supérieur et moyen de cette section, nous faisons partir une incision horizontale dirigée en dedans et longue de 4 centimètres. Des pinces hémostatiques placées sur les bords des incisions préviennent tout écoulement sanguin et servent en même temps de rétracteurs. La tumeur est munie d'une coque fibro-celluleuse propre qui l'isole des parties voisines ; avec le doigt et la spatule, nous détruisons les filaments celluleux que cette enveloppe émet par sa face superficielle. L'énucléation est des plus simples. L'opération terminée, nous plaçons un tube à drainage au fond de la plaie dont les bords sont ensuite réunis à l'aide de dix points de suture métallique. Les quatre pinces hémostatiques posées sur les vaisseaux saignants peuvent être enlevées immédiatement. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif. La coupe de la tumeur montre qu'il s'agit bien d'un lipôme.

Pas de réaction fébrile. Le sommeil et l'appétit sont conservés comme si la malade n'avait pas subi d'opération. Le quatrième jour, on enlève les fils. Réunion par première intention. Seul, le point par lequel sort le tube donne lieu à une faible suppuration. On maintient la réunion à l'aide de bandelettes collodionnées. Dix jours après l'opération, cicatrisation complète. La malade quitte l'hôpital.

Obs. CDLXXIV. — *Petit fibrome développé au niveau de l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre lombaire. Ablation avec le bistouri. Guérison.* — Gomotte (Charles), trois ans, entre le 27 octobre 1877 à l'hôpital Saint-Louis.

Bonne santé habituelle. Quelques cicatrices de scrofule au cou. Jambes légèrement arquées ; ventre un peu trop développé. A son retour de nourrice, il y a quelques jours, ses parents ont remarqué qu'il porte dans la région lombaire, au niveau des apophyses épineuses, une petite tumeur dure et indolente dont ils n'avaient pas constaté l'existence au moment de la naissance. La nourrice affirme que l'enfant a toujours porté cette production.

La tumeur siège entre les apophyses épineuses des première et seconde vertèbres lombaires ; mais, au lieu de se trouver sur la même ligne verticale que ces apophyses, elle est légèrement déjetée vers la droite et plus rapprochée de la seconde vertèbre lombaire que de la première. Elle est sous-cutanée, régulièrement arrondie, du volume

d'une noisette. La peau qui la recouvre a conservé son intégrité. Elle est lisse, unie, un peu tendue, sans bosselures apparentes. Pas de vascularisation anormale, pas de tuméfaction inflammatoire du voisinage. Au toucher, la tumeur est dure, solide, de consistance fibreuse, homogène, bien limitée. Elle est implantée dans l'intervalle des apophyses épineuses et reliée à elles par sa périphérie. Elle se déplace incomplètement à la surface de ces apophyses, mais assez, néanmoins, pour prouver son indépendance. La tumeur est complètement indépendante de la peau. L'examen des divers organes ne révèle rien de particulier.

27 *octobre.* — Chloroforme. Nous faisons à la surface de la tumeur une incision verticale de 2 centimètres, qui comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; nous tombons aussitôt sur la tumeur, qui est solide, comme nous l'avions supposé, et qui est munie d'une enveloppe fibreuse propre. Après avoir mis à nu sa face superficielle et sa périphérie en détruisant les adhérences fibreuses qui l'unissent à l'apophyse épineuse de la première lombaire, nous reconnaissons qu'elle s'implante sur le périoste de l'apophyse de la seconde vertèbre lombaire ; nous détachons alors la tumeur ainsi que le périoste sur lequel elle s'implante. Nous rapprochons ensuite les lèvres de l'incision à l'aide d'un point de suture, et nous plaçons deux bandelettes de toile collodionnées pour éviter le tiraillement. L'opération a pu être faite sans perdre de sang, et deux pinces hémostatiques qui nous ont servi de rétracteurs sont enlevées immédiatement. Pansement alcoolisé et ouaté compressif.

28. — Pas de réaction fébrile. Même pansement. Le petit malade se trouve bien.

30. — On enlève le fil métallique. La réunion s'est faite par première intention. Il n'existe plus qu'un petit point à la partie déclive. On laisse néanmoins les bandelettes collodionnées et l'on continue le pansement alcoolisé.

Coupe de la tumeur. — Tissu fibreux très large, analogue à du tissu tendineux. Sur la périphérie, le tissu fibreux est rubané et très fin ; il existe quelques vaisseaux dans la masse de la tumeur.

Diagnostic histologique. — Fibrome.

2 *novembre.* — Guérison.

OBS. CDLXXV. — *Lumbago. Ventouses. Guérison.* — Derville (Louis), trente-cinq ans, estampeur, entre le 27 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 2.

Sujet fort, bien constitué, sans antécédents pathologiques ; n'a jamais eu de rhumatismes. Il y a deux jours, en faisant un effort pour soulever un fardeau, il a ressenti une violente douleur dans la région lombaire et entendit un craquement.

Douleurs lombaires, sans rougeur ni chaleur de la peau. Pas de

gonflement. Le malade se tient courbé en avant et ne peut se redresser. Douze ventouses scarifiées. Bain prolongé. Repos.

29. — Le malade peut se tenir droit. Douleurs presque nulles. Purgatif.

30. — Il quitte le service complètement guéri.

Obs. CDLXXVI. — *Lumbago. Vésicatoires. Douches de vapeur. Guérison.* — Schmitterg (Jean), trente-sept ans, charretier, entre le 15 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 75.

Sujet maigre, débilité ; pas d'antécédents syphilitiques ; une pleurésie il y a treize ans, une pneumonie il y a cinq ans. Depuis cette dernière maladie, dit-il, il ne s'est jamais bien porté. L'auscultation ne révèle rien d'anormal. Il y a trois semaines, effort pour soulever un fardeau, a ressenti le lendemain une vive douleur dans la région des lombes, augmentée dans l'extension du tronc. Marche possible, mais le malade se tient le corps courbé. Les jours suivants, augmentation de la douleur ; est obligé de garder le lit. Le 15 janvier, entrée à l'hôpital.

La vue et le toucher de la partie malade n'offrent rien à noter. Pas de douleur à la pression. Pas de point sensible du côté des vertèbres. Pas d'altération de la sensibilité ou de la contractilité des membres inférieurs. Nulle part trace de fluctuation pouvant faire supposer un abcès.

Repos au lit. Vésicatoires. Bains. Douches de vapeur. Ce traitement longtemps prolongé réussit, et le malade nous quitte le 13 février 1877 pour aller à Vincennes.

Obs. CDLXXVII. — *Abcès froid de la région dorsale supérieure, ponction avec le trocart courbe, passage d'un tube à drainage.* — Weishardt (Anna), cinquante-deux ans, ménagère, entre le 11 mai 1877, salle Sainte-Marthe, 55. Bien réglée depuis dix-sept ans jusqu'à cinquante et un, huit enfants bien portants, une fausse couche. Pas d'hérédité. Deux hémoptysies, l'une avant la guerre, la seconde l'an dernier. Depuis la ménopause, amaigrissement, sueurs nocturnes. Rien dans les organes thoraciques. En mai 1876, tumeur du pli du coude droit dont elle ignore la nature. Ablation, cicatrisation rapide. Persistance d'un trajet fistuleux qui pendant quelque temps donna un peu de pus et finit par se fermer. A la même époque, érysipèle de la jambe gauche sur des varices ulcérées ; à la suite de l'érysipèle, les varices diminuèrent. Il y a six mois, fièvre, frissons, douleurs entre le bord spinal de l'omoplate gauche et la colonne vertébrale. En portant la main dans cette région, elle constata la présence d'une saillie molle, fluctuante, du volume d'un œuf de pigeon. Des frictions à l'alcool camphré et au laudanum ne produisirent pas de résultats satisfaisants. La tumeur resta stationnaire. Mais depuis six semaines, évolution rapide et recrudescence des douleurs. La malade obtenait du soula-

gement en se couchant sur la tumeur. Effrayée de son accroissement et de son volume, elle entre à l'hôpital.

Dans la partie supérieure gauche de la région dorsale, déformation constituée par une saillie convexe, lisse, arrondie, étendue transversalement de la colonne vertébrale au bord spinal de l'omoplate ; elle a la forme d'un ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas et le volume d'une moitié d'œuf d'autruche. Peau normale, ni œdème inflammatoire, ni dilatation des vaisseaux superficiels, ni capillaires de nouvelle formation. Le rhomboïde saillant sous la peau semble tendu à la surface de la tumeur dans un point symétrique du côté opposé ; on remarque une très légère rougeur de la peau. La mensuration donne 14 centimètres pour le diamètre vertical et 11 pour l'horizontal. Au toucher la masse morbide est molle ; sa consistance est celle des poches liquides modérément distendues ; la fluctuation est des plus franches. Il est facile de constater que cette tumeur siège au-dessus des muscles spinaux et qu'elle est recouverte par la portion inférieure du trapèze et le rhomboïde. Les limites sont très nettes comme dans les cas de productions enkystées ; il n'existe aucun prolongement périphérique. Le début de cette tumeur, son évolution, les caractères qu'elle présente actuellement, font tout d'abord penser à une collection purulente. L'absence de battements, de mouvements d'expansion et d'affaissement écarte complètement l'idée d'une tumeur vasculaire. Les gommes ramollies ne présentent jamais un pareil volume, et d'ailleurs nous ne retrouvons dans les antécédents de notre malade aucune trace de syphilis. Nous pouvons, il est vrai, avoir affaire à cette variété de tumeurs graisseuses dite : lipôme enkysté. Les lipômes offrent souvent des signes de fluctuation tellement nets qu'ils occasionnent des erreurs de diagnostic presque inévitables. Dans ces cas la ponction décide en dernier ressort, et c'est à elle que nous aurons recours pour compléter notre diagnostic.

19 *mai*. — Au moyen d'un trocart courbe nous faisons une ponction qui donne issue à environ 50 grammes d'un pus séreux verdâtre, contenant des flocons blanchâtres, et dont l'odeur est insupportable. Nous faisons alors une contre-ponction et nous passons un tube à drainage avant de retirer notre instrument. Applications de cataplasmes sur la tumeur. Suppuration abondante pendant six jours. Le huitième jour après l'opération la malade sort avec son tube. La suppuration est presque tarie.

4° *Régions ischio-rectale et ano-coccygienne.*

Obs. CDLXXVIII. — *Kyste sanguin probablement congénital situé dans la région ischio-rectale droite, chez une enfant de dix ans. Ablation.* —

Lefèvre (Adèle), dix ans, écolière, entre le 9 novembre 1878, salle Sainte-Marthe, 48. Au moment de la naissance les parents ne remarquèrent rien d'anormal dans sa conformation, mais à son retour de nourrice, à l'âge de dix-huit mois, ils constatèrent au niveau de la région ano-coccygienne, à droite, la présence d'une tumeur, profondément située et encore peu apparente à l'extérieur. A partir de ce moment, la tumeur s'est développée lentement et progressivement, sans déterminer ni réaction inflammatoire, ni douleur, ni troubles fonctionnels. Depuis six mois seulement, elle est devenue douloureuse à la pression, et dans la position assise, sans apporter d'ailleurs aucune gêne de la marche, de la miction ou de la défécation. Mais la douleur et le développement incessant de la production morbide effrayent la malade et les parents qui demandent son entrée à l'hôpital.

La fesse droite est déformée par une tumeur régulièrement arrondie, globuleuse, du volume du poing. Sa surface extérieure est lisse et se continue insensiblement avec les régions voisines. Ses limites sont : la fesse, le voisinage du coccyx, le pli fessier qui est plus accusé qu'à l'état normal et l'orifice anal qui n'est pas déplacé. La peau régulièrement soulevée ne présente rien de particulier. Au toucher, on sent que la peau et le tissu cellulo-adipeux sous-jacent restent indépendants de la tumeur. Celle-ci est difficile à circonscrire et se perd profondément entre le rectum, le coccyx et le côté de l'ischion. Par le toucher rectal, on sent que la tumeur remonte dans le bassin à une hauteur de 8 centimètres, et qu'elle est adossée au rectum ; les autres rapports sont peu appréciables. Sa consistance est plutôt solide que liquide et rappelle celle des tumeurs fibro-graisseuses ou des kystes à paroi mince fortement distendue. Pas de fluctuation. La pression est douloureuse et l'examen n'est fait complètement que pendant l'anesthésie chloroformique.

9 *novembre.* — Chloroforme. Nous faisons, à travers la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, une incision cruciale qui nous montre que la tumeur occupe spécialement la cavité ischio-rectale ; elle est constituée par des kystes multiloculaires dont la paroi extérieure refoule, sans leur adhérer, les tissus adipeux, le bord du muscle fessier et la tunique externe du rectum sans arriver jusqu'au coccyx. Les parois du kyste sont blanchâtres par places, bleuâtres dans d'autres, minces, difficiles à distinguer des tissus voisins ; leur dissection entraîne l'ouverture de quelques artérioles qui sont immédiatement pincées. Arrivé vers la partie moyenne de la tumeur, nous sommes obligé, pour continuer la dissection, d'ouvrir le kyste, et nous reconnaissons qu'il est composé de cavités aréolaires qui communiquent toutes entre elles et qui contiennent un liquide séro-sanguin mélangé à un sédiment qui paraît être de la cholesté-

rine. Nous voyons alors que sur tous les points les parois du kyste sont minces, épaisses au plus d'un quart de millimètre, que cette épaisseur est la même dans toute l'étendue. Leur surface interne lisse, unie, présente une teinte rosée qui rappelle celle des muqueuses. La dissection de la partie profonde est rendue difficile par l'étroitesse de la région et par l'impossibilité d'énucléer la tumeur à cause de la minceur de ses parois et de l'intimité de leurs rapports avec les tissus voisins. Nous avons soin de pratiquer l'extirpation complète pour éviter toute chance de récidive, et, pour y parvenir, nous ne craignons pas d'y mettre la patience nécessaire ; nous sommes aidé d'ailleurs dans cette dissection par l'application des pinces hémostatiques. Sept de ces pinces sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. On ne cherchera pas la réunion par première intention, aussi, une mèche de charpie munie d'un tube à drainage étant introduite au fond de la plaie, on se contente d'en rapprocher les bords à l'aide de quelques bandelettes agglutinatives placées à la partie supérieure.

10. — Pas de réaction fébrile, la malade mange et dort comme avant l'opération. Ne souffre qu'au moment du pansement. Injection avec l'eau alcoolisée phéniquée, pansement avec mèche munie d'un tube à drainage.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La suppuration s'établit à partir du troisième jour, elle fut toujours modérée. La cicatrisation s'effectua rapidement. Il n'y eut aucun trouble local ou général.

13 *décembre*. — La malade commence à se lever et à marcher dans les salles. Il ne reste plus qu'une plaie superficielle.

19. — Elle sort guérie, marche bien. Défécation normale.

A été revue le 30 décembre 1879. La guérison persiste.

Obs. CDLXXIX. — *Myxome de la région ano-coccygienne gauche.* — Vilpel (Magloire), soixante ans, maréchal, entre le 9 novembre 1878, salle Saint-Augustin, 3.

Pas d'hérédité. Aucun antécédent vénérien ou scrofuleux. Bonne santé habituelle. Très forte constitution. Il y a deux ans, il remarqua accidentellement qu'il portait à la fesse gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, indolente, située profondément au milieu des parties molles. Cette tumeur s'est développée progressivement et assez rapidement, en ne déterminant ni douleur, ni troubles fonctionnels appréciables, sinon un peu de gêne et la sensation d'un corps étranger dans la station assise. L'accroissement de la tumeur détermine seul le malade à entrer à l'hôpital.

La fesse gauche est déformée par une tumeur dont il est difficile d'apprécier, à la vue, la forme et le volume, en raison de sa situation profonde. Elle est limitée en bas par le pli fessier qui n'est ni déplacé ni déformé, en dedans par l'anus et l'interligne fessier. En haut et en dehors elle se perd au milieu des masses char-

nues de la région. La peau qui la recouvre présente une coloration foncée ; l'épiderme est sec et squameux, de telle sorte que la région offre l'aspect d'une callosité. Pas d'œdème inflammatoire. Pas de vascularisation anormale. Au toucher la tumeur est dure, solide, de consistance homogène, sarcomateuse ; elle paraît située au-dessous du muscle grand fessier. La face profonde est adhérente aux couches sous-jacentes. Le toucher rectal confirme ces données ; il montre, en outre, que la tumeur remonte jusque sur les parties latérales du coccyx, et que le rectum a conservé son calibre et ses caractères normaux ; la tumeur est indolente à la pression ; miction et défécation faciles, les mouvements de la cuisse ne sont pas entravés. Aucune réaction sur l'état général ; rien dans les ganglions inguinaux.

9 *novembre*. — Chloroforme. Nous faisons à la surface de la tumeur une incision cruciale qui comprend du même coup la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Des pinces hémostatiques appliquées sur les lambeaux préviennent tout écoulement sanguin en même temps qu'elles servent de rétracteurs. La tumeur est mal circonscrite, elle adhère par sa périphérie au muscle fessier, et envoie des prolongements jusque sur le bord du coccyx, à la partie inférieure et postérieure du sacrum. C'est par une véritable dissection et en sacrifiant une partie des fibres du grand fessier, que nous en pratiquons l'ablation. Un prolongement empiétait aussi sur le tissu celluloadipeux de la fosse ischio-rectale, sans toutefois contracter de rapports avec les parois du rectum. L'opération terminée, nous plaçons une mèche imbibée d'eau alcoolisée phéniquée et munie d'un tube à drainage au fond de la plaie, et nous rapprochons les bords de celle-ci à l'aide de bandelettes agglutinatives. Pansement alcoolisé et ouaté compressif. Quatre pinces hémostatiques sont laissées en place pendant vingt-quatre heures. — TS = 38°.

Sur une coupe, le tissu mou de la tumeur est jaunâtre par places, rouge gelée de groseille dans la plus grande partie de son étendue. *Diagnostic histologique :* Myxome. Les pièces microscopiques montrent des cellules à prolongements multiples anastomosés. Le nombre des cellules fusiformes (fibro-plastiques) trouvées au pourtour de la masse de la tumeur doit rendre le pronostic réservé (André).

10. — TM = 37°,8. S = 38°. P = 94. Injection d'eau alcoolisée phéniquée, même pansement.

11. — TM = 37°,6. S = 37°,8. P = 94. Suppuration très modérée. Température normale à partir du 12 novembre. Pas d'accidents locaux ou généraux. Cicatrisation rapide de la profondeur à la surface. Le malade a été constipé pendant les huit premiers jours ; il n'allait à la selle que par des lavements. Il a eu un peu d'anémie durant cette période. L'appétit est ensuite redevenu normal. La cica-


MANCHESTER MEDICAL SOCIETY

trisation fut complète en vingt-huit jours. Le malade quitta le service le 8 décembre 1878.

Obs. CDLXXX. — *Kyste dermoïde de la région ano-coccygienne.* — Lijeannais (Léon), 4 ans, est présenté le 4 mai 1878 à notre clinique.

Enfant fort mais un peu scrofuleux. Ophthalmie dans l'extrême enfance, otite moyenne de un à deux ans. Rougeole à trois ans.

Il porte dans la région ano-coccygienne une tumeur congénitale, qui avait à la naissance le volume d'une noisette. Cette tumeur s'est accrue lentement et progressivement, en quelque sorte proportionnellement au développement de l'enfant. Jusqu'à l'âge de deux ans elle ne détermina aucune espèce de douleur ; l'enfant commença à marcher à treize mois, il courait et jouait sans paraître souffrir, mais il se tenait dans une attitude vicieuse ; pendant la marche, le tronc était dans une rectitude exagérée, la poitrine saillante, la tête renversée en arrière, comme si, dit la mère, il avait eu une barre rigide dans le dos.

Il y a deux ans la tumeur devint douloureuse, l'enfant ne pouvait plus marcher et fut obligé de garder le lit ; ces accidents durèrent deux jours. Le petit malade reprit ensuite sa manière de vivre habituelle comme si rien ne s'était passé. Il y a deux mois, de nouveaux phénomènes se produisirent. La tumeur devint le siège de douleurs vives, intermittentes, exagérées par les mouvements et la pression, irradiées en plusieurs points et particulièrement le long de la colonne vertébrale, rachialgie. Dans les premiers temps, il essaya encore de marcher, mais la fatigue survint rapidement. Le tronc, qui primitivement était dans l'extension forcée, se plaça dans une flexion très accusée ; l'enfant se courbait en deux.

Bientôt apparurent des symptômes de paraplégie, faiblesse des jambes et des cuisses, le malade était obligé de se tenir contre un meuble, et dès qu'il voulait se déplacer, survenaient des mouvements incoordonnés dans les membres inférieurs, les deux pieds quittaient le sol en même temps et l'enfant tombait ; il fut obligé de nouveau de garder le lit. Les premiers jours, il eut même de la rétention d'urine. Les parents, alarmés par la prolongation des accidents, se décidèrent à amener l'enfant à l'hôpital.

La région ano-coccygienne est déformée par une tumeur arrondie, du volume d'un gros œuf de dinde, située sur la ligne médiane ; elle est sessile, étendue d'arrière en avant, de la face postérieure du sacrum au bord correspondant de l'anus qu'elle refoule. Sa largeur est un peu moindre que l'écartement des ischions. Diamètres : vertical = 6 centim., transversal = 5 centim. 1/2. La base bien circonscrite se continue avec les régions voisines, sans envoyer de prolongements apparents. La surface libre présente en arrière une saillie irrégulière, jaunâtre, comme celle des moignons d'amputation.

En arrière et au-dessus de la tumeur, on voit une dépression analogue à celle d'une cicatrice adhérente. Il n'existe pas de sillon médian sur la tumeur. Nulle trace de transparence.

Au toucher la tumeur paraît profonde, sous-aponévrotique, elle est irréductible et incompressible, sans communication apparente avec le canal rachidien. Elle n'est pas homogène, mais semble composée de plusieurs masses de volume et de consistance variables, séparées par des cloisons. Les plus volumineuses sont mollasses, lipomateuses; d'autres représentent des noyaux durs, fibroïdes. Au voisinage du sacrum il existe un point fluctuant. A ce niveau, on sent distinctement des lames de consistance osseuse qui circonscrivent, en arrière, l'orifice inférieur du canal sacré. L'écartement de ces lames permettrait de croire à la bifidité du sacrum. Par sa face profonde, la tumeur s'enfonce entre le rectum, le coccyx et le sacrum, jusqu'à la partie moyenne de ce dernier.

Le toucher rectal ne permet pas de distinguer le coccyx; il montre que la tumeur refoule en avant l'intestin, mais sans communiquer avec lui, les parois du rectum sont intactes.

Le ligament ano-coccygien est appréciable sous la peau vers son extrémité anale, mais bientôt il se perd du côté de la tumeur et cesse d'être distinct. Le sacrum est normal, autant qu'on peut en juger par sa face concave qui est lisse et unie et ne présente pas de solution de continuité.

Outre les déformations dues à la tumeur nous constatons, dans la moitié inférieure de la région dorsale, une convexité anormale, due à la saillie de plusieurs vertèbres. Cette courbure se continue d'ailleurs insensiblement et sans ligne de démarcation brusque avec les courbures normales du rachis.

Il n'existe en aucun point de dépression marquée comme dans les cas de subluxation ou de tassement dus à une affection des vertèbres. Pas d'autres symptômes qui puissent faire croire à un mal de Pott, ni œdème des parties molles, ni saillies anormales du côté de l'arcade crurale, du canal inguinal ou de la racine de la cuisse. Pas de douleur sur le trajet du psoas.

La tumeur est indolente dans l'état de repos. Elle devient douloureuse à la pression et par les mouvements des membres inférieurs, mais la douleur déterminée par la pression est beaucoup plus intense au voisinage et même à une certaine distance de la tumeur. Elle affecte les caractères d'une rachialgie dont les points les plus sensibles sont: 1° au niveau du sacrum, 2° au niveau de la convexité anormale des vertèbres dorso-lombaires. Elle s'irradie en ceinture, sur les parois abdominales, au-dessous de la base du thorax. L'attitude du malade est remarquable, il est courbé en S, le tronc et les membres inférieurs étant dans la flexion.

Les muscles des cuisses et des jambes se contractent légèrement lorsqu'on les touche, mais ils ne sont pas tous paralysés. La paralysie porte sur les extenseurs, encore n'est-elle pas complète, car le petit malade peut faire des mouvements. Ceux-ci sont limités, plus étendus dans certains moments que dans d'autres, mais n'arrivent jamais jusqu'à l'extension normale. Dès que le malade reste au repos, les cuisses et les jambes s'immobilisent dans la flexion.

Miction et défécation régulières, pas de paralysie de la vessie ou du rectum. Rien du côté des organes des sens, intelligence intacte. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. Appétit conservé, sommeil tranquille. Apyrexie. Pouls fort, plein, précipité.

L'état général est resté satisfaisant, systèmes musculaires et osseux bien développés. Teint frais, rosé, muqueuses vivement colorées.

4 *mai*. — Chloroforme. A la surface de la tumeur, incision verticale, qui s'étend du milieu de la face postérieure du sacrum au bord de l'anus. Nous divisons, couche par couche, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose, et nous arrivons sur la paroi propre du kyste. Cette paroi enflammée adhère presque par tous ses points aux tissus voisins. La tumeur se compose de plusieurs kystes différents que nous disséquons successivement.

L'inférieur, plus grand, contient environ 20 grammes d'un liquide formé de graisse, de pus et de poils. C'est cette tumeur qui depuis quelque temps rendait la station assise excessivement douloureuse.

L'intérieur est tapissé par une peau analogue à celle qu'on rencontre dans les kystes fœtaux. Ce tégument est confondu par sa face externe avec des couches épaisses de tissu grisâtre, fibro-celluleux par places, mélangé sur d'autres points à un tissu rappelant les fibres musculaires de la vie organique. Ces tissus sont reliés aux parties voisines par des cloisons de même nature séparées par de la graisse et d'autres cavités kystiques plus petites, dans lesquelles on trouve une matière sébacée concrète.

Dans la partie supérieure, entre la paroi postérieure du rectum et la face antérieure du sacrum et du coccyx, ces cloisons sont devenues plus irrégulières et plus dures ; elles s'accolent et présentent dans leurs intervalles plusieurs cavités. Nous en trouvons deux principales, du volume d'un petit œuf de poule, que nous ouvrons et que nous enlevons comme le reste par dissection. La face externe de ces kystes est semblable à celle du premier, mais la tunique interne est mince, analogue à un feuillet séreux. Leur contenu est clair, limpide, transparent. L'ablation de la partie la plus élevée est faite avec la plus grande précaution, en s'écartant le moins possible de leur tunique, afin de ne pas blesser le rectum et le péritoine qu'ils ont déplacés, ainsi que les gros vaisseaux du bassin qui y sont accolés.

Douze pinces appliquées pendant l'opération peuvent être enlevées au moment du pansement.

Après avoir placé un tube à drainage au fond de la plaie, nous rapprochons les bords à l'aide de six points de suture métallique. Pansement avec la charpie imbibée d'eau alcoolisée phéniquée.

Examen microscopique. — Sur une coupe de la paroi du kyste on trouve, à la face interne, tous les éléments de la peau : épitheliums cylindrique, ovalaire, plat. Au-dessous, quelques glandes sébacées. Le derme est formé par un tissu conjonctif doux, peu vasculaire, offrant par places la structure du tissu tendineux. La tumeur contenait, en résumé, du pus, des poils, et de la matière sébacée dans certaines poches, un liquide franchement séreux dans d'autres ; elle ne contenait pas d'os.

5. — TM = 37°, 8. S = 38°. P = 100. On renouvelle le pansement, lavages avec l'eau légèrement alcoolisée phéniquée par le tube à drainage. Pas d'hémorrhagie ; le petit malade souffre peu.

6. — TM = 37°. S = 37°, 8. P = 96. Nuit calme. Mange avec appétit. Pas de douleurs, sinon au moment des pansements, pas de symptômes médullaires.

7. — TM = 37°, 6. S = 38°. P = 102.

8. — TM = 37°, 4. P = 92. On enlève les fils que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées. Réunion de la moitié supérieure de la plaie. Suppuration modérée par le tube.

9. — TM = 37°. S = 37°, 2. P = 90. L'enfant est gai, ne souffre plus, mange et boit bien.

A partir de ce moment, température normale. La cicatrisation s'effectue progressivement et régulièrement.

Le 16, le fond de la plaie est comblé par des bourgeons charnus, on enlève le tube à drainage. Le malade étend facilement, maintenant, les cuisses et les jambes. La rachialgie a disparu.

22. — L'enfant se lève et marche dans la salle.

2 *juin.* — Cicatrisation complète. Marche et attitude normales, succès complet. Il reste au niveau de l'extrémité inférieure du sacrum un bourrelet cutané rendu un peu difforme par la rétraction du tissu cicatriciel et qu'on pourra enlever plus tard.

Le petit malade est en effet revenu dans nos salles le 19 décembre ; nous avons enlevé avec le bistouri les téguments exubérants qui constituaient une difformité. Les bords de la plaie furent réunis par cinq points de suture métallique. Les suites de l'opération furent des plus simples, il n'y eut ni réaction générale ni accidents locaux. Les fils furent enlevés le quatrième jour. La réunion fut obtenue par première intention et le petit malade quitta l'hôpital le 25 décembre.

§ IV

Membre supérieur.

28 observations :
8 pour l'aisselle,
2 pour le bras,
18 pour l'avant-bras et la main.

Sur les 8 observations relatives à l'aisselle, 7 ont pour sujet des affections ganglionnaires de différentes natures.

La dernière a trait à une tumeur rare de cette région. « Les lipomes de l'aisselle, disions-nous il y a quatre ans, à propos du diagnostic d'une tumeur kystique idiopathique de cette région, sont presque toujours sous-cutanés ; ils sont reliés à la peau par de petits tractus fibreux qui leur donnent une sorte de fixité à la surface. Les vaisseaux qui les recouvrent sont abondants, dilatés et présentent même de petites varicosités. Dans la plupart des lipomes que nous avons vus à cet endroit, il y avait des douleurs assez vives irradiées vers le tronc et le bras. On serait tenté, à vrai dire, en s'appuyant sur notre observation, de n'attacher que peu d'importance à ce caractère, puisqu'il y avait eu de l'engourdissement d'abord et plus tard de la douleur. Eh bien, messieurs, dans les deux cas le symptôme ne suit point la même marche. Chez ce jeune homme, il est arrivé tardivement, lorsque le kyste avait déjà un certain volume ; son poids, les tiraillements qu'il exerçait sur les parties voisines rentraient bien certainement pour une forte part dans la production du phénomène. Dans les lipomes, rien de semblable ; la douleur n'est nullement en rapport avec le volume de la tumeur. Les petits lipomes sont eux-mêmes quelquefois douloureux. L'analyse raisonnée de ce symptôme peut donc rendre de véritables services. La fluctuation n'appartient pas aux lipomes ; cependant, pour une main peu exercée, elle n'est pas toujours facile à percevoir. On trouve des lipomes mous, largement étalés sous

les téguments, s'étendant assez loin vers les parties profondes ; ceux-là sont d'un diagnostic beaucoup plus difficile : c'est à cause de cela que l'on a pu commettre des erreurs et donner comme lipomes des collections liquides enkystées. »

Chez le malade actuel les choses ne se passèrent pas tout à fait comme dans la majorité des cas : ainsi, le lipome, aperçu lorsqu'il avait à peine le volume d'une fève, grossit avec une rapidité extrême, et malgré cela ne détermina ni douleur ni troubles sensitifs ; il était mobile sous la peau et n'inquiétait pas le malade autrement que par son volume et la gêne motrice qu'il produisait.

Nous faisions avant de l'enlever les considérations suivantes, qui pourront servir de complément à celles qu'on vient de lire :

« Les tumeurs solides de cette région, à part certaines variétés de lipomes et de tumeurs embryoplastiques, peuvent être éliminées en raison de leur consistance qui est plutôt liquide.

Comme, dans le cas actuel, cette consistance est homogène, on ne peut guère songer à un kyste développé dans une autre tumeur. En supposant qu'elle soit kystique, nous ne pourrions songer à une adénopathie parce qu'elle ne présente pas de bosselures distinctes et n'occupe pas le centre même de la cavité axillaire.

Comme elle n'est ni réductible, ni pulsatile, comme elle est plus rapprochée de la paroi antérieure que de la paroi postérieure, il n'y a pas lieu de supposer qu'elle dépende des vaisseaux ou des nerfs de la région.

Il est probable que nous avons affaire à un lipome mou, développé dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique. Une incision exploratrice, en nous montrant l'aspect propre du tissu morbide, fixera notre diagnostic. »

Parmi les observations relatives à l'avant-bras, nous devons signaler l'obs. XDII. Il s'agit d'une pustule maligne, développée chez un garçon boucher âgé de vingt-quatre ans ; on pourra la rapprocher de celles de la face rapportées précédemment (Obs. CDXXXVI-CDXXXVII) ; de celles de

la paupière (Obs. CCXII-CCXIII) ; et de l'observation DXXXIII (p. 582 du volume de 1875) également relative à une pustule maligne de l'avant-bras.

1° *Aisselle.*

Obs. CDLXXXI. — *Fistules multiples de l'aisselle. Réunion des trajets au moyen d'incisions par le bistouri. Mèches alcoolisées.* — Pêcheur (Lucie), dix-huit ans, fleuriste, se présente à la clinique le 12 mai 1877.

Réglée à quinze ans et demi, menstruation irrégulière. Aménorrhée depuis deux mois et demi; anémie, scrofule, ophthalmie dans l'enfance suivie de la perte de la vision de l'œil droit, surdité complète depuis l'âge de neuf ans ; il est impossible d'obtenir des renseignements sur les accidents qui ont produit cette infirmité.

Il y a deux mois, une adénite aiguë s'est développée sans causes connues dans la région axillaire gauche. Formation d'un abcès qui a été ouvert par le bistouri il y a trois semaines. Plusieurs fistules se sont établies et ont continuellement donné issue à du pus depuis cette époque.

En examinant l'aisselle, on constate l'existence de trois fistules situées sur la paroi interne et ne communiquant pas entre elles ; leurs bords sont pâles et décollés sur une étendue de un centimètre. Ecoulement d'un pus séreux, mal lié.

12 *mai.* — La malade est endormie par le chloroforme. — On incise les téguments sur la sonde cannelée, de manière à réunir les fistules. Pansement avec une mèche de charpie alcoolisée munie d'un tube à drainage.

La malade suivra un traitement interne tonique et reconstituant. Huile de foie de morue, sirop de fer, vin de quinquina, et continuera chez elle ses pansements.

Obs. CDLXXXII. — *Adénites multiples suppurées de l'aisselle droite. Forme caséeuse. Ablation.* — Barnolée (Eugénie), dix-neuf ans, domestique, entre le 8 novembre 1878, salle Sainte-Marthe, 44. Pas d'hérédité. Ophthalmie et chapelets ganglionnaires cervicaux dans l'enfance. Rougeole et bronchite à trois ans. De dix à onze ans, érysipèle périodique de la face, revenant tous les deux mois, durant quinze jours, et s'acompagnant de fièvre; menstruation régulière à partir de quinze ans. Les règles sont abondantes, fortement colorées, mélangées de caillots, et durent trois jours, leucorrhée dans les intervalles. Nullipare. Il y a six mois, elle remarqua par hasard, en touchant la paroi antérieure de l'aisselle droite, qu'elle portait dans cette région une tumeur du volume d'une noix, arrondie, sans bosselures, dure

et complètement indolente. Le développement de cette tumeur s'est effectué lentement en ne déterminant d'abord que des fourmillements dans les doigts et de l'engourdissement au niveau du coude à la suite de grands mouvements des bras ; mais depuis deux mois la malade éprouve en outre des douleurs lancinantes au niveau de la tumeur. Ces accidents la déterminent à entrer à l'hôpital.

8 *novembre.* — La paroi antérieure de l'aisselle droite est le siège d'une tuméfaction bien circonscrite. La peau présente une coloration foncée qui tranche nettement sur les parties voisines. On voit par transparence les veines sous-cutanées bleuâtres, peu dilatées, du volume d'un stylet de trousse. Pas d'œdème de voisinage. Au toucher, on sent du côté de l'aisselle que la tumeur a le volume et la forme d'un œuf de poule, sa consistance est dure, élastique, non fluctuante, et rappelle celle des ganglions atteints d'inflammation chronique. Elle est lisse et unie, sans bosselures apparentes, paraît située au-dessous de l'aponévrose qui la bride. Elle répond en avant au grand pectoral, en dedans à la paroi thoracique. Son côté externe est longé par l'important faisceau vasculo-nerveux de la région. Rien d'anormal dans l'aisselle du côté opposé, rien dans les ganglions du cou. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. Etat général satisfaisant.

16. — Chloroforme. La malade étant couchée sur le dos, la tête inclinée du côté gauche, le bras droit dans l'extension, nous faisons à la surface de la tumeur une incision verticale, dirigée du milieu du bord antérieur du grand pectoral dans la direction de l'angle de l'omoplate, oblique par conséquent de haut en bas et d'avant en arrière, de façon qu'après l'ablation de la tumeur, le pus puisse s'écouler avec facilité. Dès que la tumeur est mise à nu, nous constatons, comme nous l'avions prévu, qu'il s'agit d'un ganglion dont la dissection est rendue difficile par les adhérences inflammatoires avec le tissu cellulo-adipeux et les muscles de la paroi antérieure et postérieure de l'aisselle. Aussi nous ne pouvons nous servir de la spatule et du doigt, et nous sommes constamment obligés de recourir au bistouri en pinçant les vaisseaux à mesure que nous les divisons. Nous enlevons de la sorte un ganglion du volume d'un œuf de poule, presque détruit par la suppuration et réduit à une coque épaisse et friable. Un autre ganglion, du volume d'une châtaigne, adhérent à la partie supérieure, et deux ou trois autres du volume d'un pois sont de même enlevés. Ils sont aussi infiltrés de pus jaunâtre et caséeux. L'opération, en raison des adhérences, ne peut être terminée rapidement ; néanmoins elle est conduite à bonne fin, sans perte de sang, grâce à nos pinces hémostatiques.

L'opération terminée, nous réunissons les lèvres de la plaie à l'aide de 8 points de suture métallique, en ménageant à la partie

déclive une ouverture suffisante pour l'écoulement des liquides et l'introduction d'une mèche de charpie, imbibée d'eau alcoolisée phéniquée et munie d'un tube à drainage. Des dix pinces hémostatiques appliquées sur les vaisseaux pendant l'opération, sept peuvent être enlevées immédiatement, les autres seront maintenues en place pendant vingt-quatre heures.

Une coupe de la tumeur démontre que nous avons bien affaire à une adénite chronique suppurée ; il existe au centre du ganglion une poche pleine de pus. On trouve en outre à la périphérie de celle-ci de petits noyaux caséeux.

Pas de réaction fébrile. La malade conserve l'appétit et le sommeil. Il n'y eut aucune espèce d'accident du côté de la plaie qui cicatrisa comme une plaie simple. Le quatrième jour on enleva les fils, les deux tiers supérieurs de la plaie étant réunis par première intention. Le traitement consista en injections d'eau alcoolisée phéniquée par le tube à drainage et en pansement avec de la tarlatane imbibée d'eau préparée de la même façon. Le tube à drainage fut enlevé le 1[er] décembre et on commença alors à cautériser les bourgeons charnus exubérants.

Le 11 décembre 1878, la malade sortit complètement guérie.

Obs. CDLXXXIII. — *Adénite caséeuse des ganglions axillaires. Ablation. Guérison.* — Volazan (Jean), quarante ans, mégissier, entre le 14 avril 1877, salle Saint-Augustin, 8. — Forte constitution. Pas d'antécédents héréditaires. Variole en 1869. Chancre mou du gland en 1872, traité à l'hôpital du Midi (pas de roséole, l'inoculation a réussi, on en trouve la cicatrice à gauche de l'ombilic). Première blennorrhagie, il y a six mois. Une seconde blennorrhagie contractée il y a huit jours dure encore actuellement. Pas d'orchite.

En 1871, pendant la guerre, filets de sang dans les crachats pendant quinze jours. Depuis cette époque le malade a maigri, sueurs nocturnes peu abondantes. Craquements humides au sommet gauche, submatité du même côté.

En avril 1874, *durillon forcé* de la première phalange de l'annulaire droit. Rien à ce moment du côté de l'aisselle ou du coude. Il y a neuf mois, gêne dans le creux axillaire du côté droit, pendant les mouvements d'adduction forcée du bras.

La main portée dans la région y sent une tumeur dure, mobile sous la peau, complètement indolente. Elle s'est développée peu à peu en s'indurant ; ses progrès croissants inquiètent le malade, qui se présente à l'hôpital. Aujourd'hui, on trouve sur la paroi interne de l'aisselle une tumeur du volume d'un œuf de dinde, dont le grand axe est obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière. Elle forme une saillie surtout apparente dans les mouvements d'élévation du bras. A la vue, sa surface paraît lisse et unie; la peau qui la

recouvre a conservé sa coloration et sa structure normales, on ne voit dans son épaisseur ni veines dilatées, ni vaisseaux de nouvelle formation. Par le toucher on reconnaît que sa température est la même que celle des parties voisines, elle ne contracte aucune adhérence avec la tumeur. Celle-ci est uniformément dure, ne présente ni point ramolli, ni fluctuation. Sa consistance rappelle celle du tissu fibreux et présente une certaine élasticité ; elle est formée de deux masses volumineuses distinctes, qui sont elles-mêmes bosselées et comme constituées par plusieurs ganglions agglomérés. La masse inférieure est très mobile sur les couches profondes, la supérieure est au contraire adhérente et semble fixée au sommet du creux axillaire par une sorte de pédicule remontant vers le faisceau vasculo-nerveux. Les ganglions des autres régions sont sains.

21 *avril*. — Le malade étant endormi par le chloroforme, nous faisons une incision parallèle au grand axe de la tumeur et en dépassant les extrémités. Les lèvres de la plaie sont ensuite rétractées au moyen de pinces hémostatiques pendant que l'on tente l'énucléation de la tumeur avec le bistouri et le doigt. Les premiers temps de l'opération ne présentent pas de difficulté, la tumeur étant bien circonscrite et peu adhérente dans sa partie inférieure, mais quand on remonte vers le creux de l'aisselle, on rencontre des prolongements très adhérents, dont la dissection demande le plus grand soin. L'un de ces prolongements, assez volumineux, s'implante sur les vaisseaux axillaires et ne peut être détruit qu'au prix d'une minutieuse attention.

Des onze pinces hémostatiques qui avaient été appliquées pendant l'opération, quatre seulement sont laissées en place. Réunion des deux tiers supérieurs de la plaie au moyen de six points de suture métallique, le tiers inférieur est laissé libre pour permettre les pansements et l'écoulement du pus.

21. — TS = 38°, 4. P = 98.

22. — TM = 38°. P = 96. — TS = 38°, 2. P = 96.

On enlève les pinces hémostatiques. Pansement consistant en l'introduction d'une mèche de charpie alcoolisée et d'un tube à drainage.

23. — TM = 37°, 6. P = 92. S = 37°, 8. P = 96. Même pansement.

24. — TM = 37°, 2. P = 90. TS = 38°, 6. P = 92. Même pansement.

25. — Les sutures sont remplacées par des bandelettes de tarlatane collodionnées ; à partir de ce moment la température se maintient normale ; la cicatrisation marche régulièrement.

3 *mai*. — La cicatrisation est presque complète. Il ne reste plus qu'une plaie linéaire large de 1 centimètre, et profonde de 3 centimètres. On cesse l'usage des mèches alcoolisées. Pansement simple.

26. — Cicatrisation complète, le malade sort guéri.

Obs. CDLXXXIV. — *Adénite caséeuse des ganglions axillaires gauches. Ablation. Lymphangite du bras. Guérison.* — Paquet (Flore), trente et un ans, sans profession, entre le 10 mai 1878, salle Sainte-Marthe. — Femme bien constituée, mais débilitée, anémique ; pas d'hérédité, pas de tuberculose. Aucune manifestation scrofuleuse dans l'enfance. Fièvre typhoïde à onze ans. Menstruation régulière de treize à trente ans : le flux durait huit jours, était très abondant, peu coloré, non mélangé à des caillots; un peu de leucorrhée dans l'intervalle. Huit enfants dont quatre seulement sont vivants, une fausse couche. La dernière couche eut lieu il y a deux ans, l'enfant est actuellement traité à l'hôpital des enfants pour *scrofule des os.* A la suite de sa dernière grossesse, la malade remarqua accidentellement sur la paroi interne du creux axillaire gauche, au voisinage du bord inférieur du grand pectoral, une tumeur sous-cutanée, du volume d'une bille, très dure, mobile sous la peau, complètement indolente, soit spontanément, soit à la pression. Cette tumeur resta d'abord stationnaire, puis s'accrut lentement et progressivement. Il y a un an elle augmenta très rapidement et atteignit le volume d'un œuf de poule, tout en conservant sa mobilité et son indolence. Vers la même époque, la malade eut dans l'intervalle de ses règles une forte perte qui dura huit jours ; le sang était noir et mélangé à des caillots. Depuis cet accident le flux menstruel perdit sa régularité, subissant tantôt une avance, tantôt un retard de huit à quinze jours. Il y a six mois la malade garda le lit pendant trois semaines, à cause d'un ictère. A la suite de cette maladie, la tumeur axillaire subit une autre augmentation de volume, et devint adhérente à la peau ; celle-ci s'amincit, prit une coloration rouge, violacée, et finit par s'ulcérer en donnant issue à un pus floconneux, épais, blanchâtre. L'orifice resta fistuleux et continua à laisser écouler un peu séreux, mélangé de grumeaux caséeux.

Un médecin consulté ordonna : Injections de teinture d'iode dans la fistule ; huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, vin de quinquina à l'intérieur. Ce traitement restant sans résultat, il conseilla à la malade d'entrer à l'hôpital.

10 *mai.* — La paroi interne de l'aisselle gauche est déformée par une tumeur bosselée, irrégulière, étendue transversalement du bord inférieur du grand pectoral aux bords correspondants du grand rond et du grand dorsal, et verticalement d'une ligne horizontale qui passerait par le mamelon à la partie la plus élevée du creux axillaire dans la direction du faisceau vasculo-nerveux. La peau a conservé ses caractères normaux dans la plus grande partie de son étendue, mais au voisinage du bord inférieur du grand pectoral, elle présente un orifice fistuleux, en forme de boutonnière verticale, haute de 2 millimètres. Les bords, légèrement décollés, sont violacés

et un peu saillants. Cet orifice occupe le centre d'une zone érythémateuse de 4 centimètres de diamètre. Le liquide qui s'écoule par la fistule est peu abondant, jaunâtre, séreux, mélangé à des débris caséeux. Ainsi que nous l'avons dit, la tumeur présente à sa surface des bosselures arrondies, apparentes sous la peau et dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une grosse noix. Au toucher, cette disposition devient plus appréciable : la tumeur est formée de plusieurs masses ovoïdes, de volume et de consistance variables, adhérentes entre elles par leur périphérie. Les unes sont molles, presque fluctuantes, les autres dures, élastiques, rénitentes. Celles qui avoisinent les fistules adhèrent à la peau, les autres sont plus profondes et séparées des téguments par une lame de tissu cellulo-adipeux. La face profonde de la tumeur est adhérente aux couches sous-jacentes.

Pas de douleurs spontanées ou à la pression. Gêne dans les mouvements du bras. Rien d'anormal du côté des ganglions des autres régions. Les viscères thoraciques et abdominaux sont sains. État général débilité, muqueuses pâles, décolorées, teint verdâtre, anémie.

Chloroforme. La malade étant couchée sur le côté droit, le bras gauche dans l'abduction, et la région axillaire rasée, nous faisons à la surface de la tumeur une incision verticale longue de 12 centimètres. Cette incision nous conduit à la surface de la tumeur qui est recouverte d'une coque fibreuse propre. Nous pratiquons l'ablation des ganglions malades à l'aide du doigt et de la rugine, dans tous les points où ils sont énucléables. par voie de dissection dans les points où ils sont adhérents. Quand nous approchons des gros vaisseaux et des nerfs, nous procédons avec précaution, détachant les ganglions par fragments et nous aidant, tour à tour, du doigt, de la rugine et du bistouri, pendant que des aides écartent les lèvres de la plaie avec des rétracteurs. Nous parvenons ainsi à enlever toutes les parties malades, sans trop de délabrement. Avant de terminer l'opération, nous prolongeons l'incision vers le bord postérieur de l'aisselle, afin de ménager un libre écoulement au pus et aux liquides des injections. Nous réunissons ensuite les deux tiers supérieurs des lèvres de la plaie à l'aide de six points de suture métallique, et nous laissons une ouverture à la partie déclive pour l'introduction d'une mèche de charpie alcoolisée, et munie d'un tube à drainage. Quatre pinces hémostatiques sont laissées dans la plaie pendant vingt-quatre heures. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif.

Les ganglions enlevés ont un volume variant de celui d'un pois à celui d'un petit œuf de poule, ils sont plus volumineux qu'on n'aurait pu le supposer. A la coupe : les abcès fistuleux communiquent avec des ganglions caséeux en voie de suppuration. Cet état est

surtout visible sur les gros ; les petits et les moyens ne paraissent pas avoir subi le même degré de dégénérescence. Ils semblent atteints d'une sorte d'hypertrophie que nous avons vue souvent précéder la dégénérescence caséeuse, aussi bien dans des ganglions que dans d'autres viscères. Leur tissu n'est pas très dur ; il est d'un gris rosé, peu vasculaire, uniforme et un peu opaque.

Examen microscopique d'un ganglion. Au point où commence la dégénérescence, le réticulum a pris une forme sarcomateuse (cellules rondes, étoilées, fusiformes), vaisseaux à parois embryonnaires (André).

Du 12 au 28. — La température n'a pas dépassé 38°, l'état général a été satisfaisant. On a enlevé les fils les quatrième et cinquième jour et on les a remplacés par des bandelettes collodionnées. Les pansements ont été faits avec la charpie imbibée d'eau alcoolisée phéniquée. La réunion était obtenue dans les deux tiers supérieurs de la plaie.

30. — Frissons irréguliers. T = 39°. P = 112, plein, fort, régulier. Céphalalgie. Nausées. La malade accuse de la douleur à la face interne du bras gauche; on trouve vers la partie moyenne de cette région une plaque rouge de la largeur de la paume de la main. A ce niveau, les vaisseaux lymphatiques se dessinent sous la peau sous forme de traînées rouges, noueuses, convergeant vers le centre de la plaque érythémateuse. Inflammation légère des lèvres de la plaie. Nous faisons passer la malade dans nos salles d'isolement. L'angioleucite dura vingt jours et se termina par résolution, après s'être étendue à toute la face postéro-interne du bras. Elle fut traitée par des frictions à l'onguent mercuriel et des cataplasmes. Cet accident retarda notablement la cicatrisation, sans toutefois retentir fâcheusement sur l'état général.

A partir du 11 juin la cicatrisation reprit sa marche régulière; elle était complète le 15 juillet 1878, jour de la sortie de la malade.

Obs. CDLXXXV. — *Hypertrophie des ganglions de l'aisselle gauche. Extirpation. Guérison.* — Prud'homme (Eugénie), vingt-trois ans, couturière, entre le 20 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 49. — Réglée à 14 ans, menstruation régulière. L'écoulement sanguin dure trois jours et est suivi de flueurs blanches peu abondantes. Un seul enfant bien portant, pas de fausse couche.

Constitution délicate. Pas d'antécédents héréditaires, ni scrofule, ni syphilis. On a dit à cette jeune femme qu'elle avait été très malade (?) dans l'extrême jeunesse; rougeole à six ans, bronchite il y a quatre ans, rien du côté des poumons actuellement. Il y a trois ans, après avoir nourri son enfant, elle s'aperçut que la partie externe du sein gauche et la paroi antérieure de l'aisselle correspondante

étaient douloureuses ; elle remarqua alors, dans le creux axillaire, une tumeur du volume d'une noisette, dure, indolente à la pression, mobile sous la peau, qui a grossi peu à peu. Les douleurs s'accroissent au moment des règles.

Actuellement, le bras étant dans l'abduction forcée, on trouve au centre de l'aisselle une tumeur du volume d'un œuf de poule qui semble former deux masses distinctes. La peau qui la recouvre a conservé sa coloration et sa structure normales. Pas de veines dilatées ou de vaisseaux capillaires de nouvelle formation dans son épaisseur. Par le toucher on constate que sa température est la même que celle des parties avoisinantes et qu'elle est mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est dure, irréductible, de forme très irrégulière, bilobée. Les deux masses qui la composent sont elles-mêmes bosselées et comme formées de lobules séparés par des sillons anfractueux. La consistance est homogène et rappelle celle du tissu fibreux. Il n'existe aucun point ramolli ou fluctuant. La tumeur est libre dans la plus grande partie de son étendue, mais on rencontre des adhérences vers la paroi interne et la partie la plus élevée du creux axillaire.

28 *avril.* — La région scapulaire étant soulevée par des alèzes et le bras dans l'élévation, nous faisons à la surface de la tumeur une incision longue de 7 à 8 centimètres et dirigée de telle façon que son extrémité postérieure est la plus déclive ; nous disséquons ensuite très facilement les téguments, des pinces hémostatiques, placées sur les vaisseaux, servent en même temps de rétracteurs. Au moyen des doigts et de la spatule, on détruit les adhérences que la tumeur contracte avec les parties voisines. On procède alors à l'extirpation par voie d'arrachement : l'expérience nous a prouvé que cette méthode est préférable à l'incision par le bistouri.

Les lèvres de la plaie sont en partie réunies par cinq points de suture, une ouverture étant laissée béante à la partie inférieure pour permettre l'écoulement du pus et l'introduction des mèches de charpie alcoolisée. TS = 38°,8. P = 120.

29. — TM = 38°. S = 38°,4. — P = 110.

Même pansement. Vin de quinquina ; vin de Bagnols ; viande rôtie. On enlève les pinces hémostatiques.

30. — La nuit a été bonne ; le malade mange avec appétit. TM = 38°. S = 37°,6. — P = 98.

1er *mai.* — Les points de suture sont enlevés et remplacés par des bandelettes de tarlatane collodionnées ; la malade va très bien, mange avec appétit et dort bien. TM = 37°,8. S = 37°,4. — P = 96.

2. — Même état.

La malade sort le 9 mai. Il ne reste plus qu'une plaie linéaire de 2 centimètres de longueur.

Obs. CDLXXXVI. — *Adéno-lymphocèle de l'aisselle droite.* — Chanté (Jules), seize ans, vannier, entre le 5 février 1877, salle Sainte-Marthe, pour une tumeur de l'aisselle droite.

Le malade a déjà été dans nos salles en décembre 1874 pour une tumeur kystique de la même région. On avait ponctionné le kyste et il en était sorti un liquide séreux, dans lequel l'examen microscopique n'avait pas fait découvrir d'hydatides. Des injections d'eau alcoolisée et de teinture d'iode avaient été faites au moyen d'un drain, et avaient amené une guérison considérée alors comme complète (Voir 1er volume des Cliniques de Saint-Louis. — Huitième leçon : *Des tumeurs kystiques idiopatiques de l'aisselle*, p. 64 et suivantes). En novembre 1875, le malade a remarqué que la tumeur reparaissait au même point et se développait peu à peu ; il vint nous voir plusieurs fois à la consultation, et comme le traitement que nous lui faisions suivre n'a amené aucun résultat, nous lui avons conseillé d'entrer à l'hôpital.

Aujourd'hui, lorsque le bras est dans l'abduction, on remarque dans l'aisselle droite une tumeur large, aplatie, occupant surtout la moitié postérieure du creux axillaire et paraissant s'enfoncer au-dessous de la face antérieure de l'omoplate. Elle mesure une hauteur verticale de 12 centimètres et 6 centimètres transversalement. Elle forme au niveau de son bord antérieur une saillie verticale analogue à celle que forme le bord axillaire du grand dorsal qui lui est accolé, et dont elle n'est séparée que par un sillon parallèle, peu profond. Cette saillie dépasse même celle du muscle de 1 centimètre et demi. Le relief de la tumeur est d'autant plus prononcé que l'abduction du membre est plus forte. La peau qui la recouvre est normale, sa coloration et sa température sont celles des parties voisines. On ne remarque ni capillaires de nouvelle formation, ni veines dilatées. Pas de mouvements d'expansion appréciables à la vue. Par la palpation, on reconnaît facilement que la tumeur est molle, fluctuante, irréductible ; sa consistance est liquide, mais un peu spongieuse, comme celle des kystes flasques ou de certains lipômes. Elle n'a pas la résistance des kystes fortement distendus. La fluctuation est perceptible, mais pas très nette. Pas de battements artériels. Les limites de cette tumeur sont très accusées en avant et en bas. En haut elle semble envoyer un prolongement du côté des vaisseaux axillaires. En arrière elle se perd sous le bord axillaire de l'omoplate. En résumé la tumeur possède la plupart des caractères qu'elle présentait au moment de la première opération.

Lorsque nous avons traversé la tumeur par un tube, elle a paru se vider complètement. Mais la rapidité de la récidive et de l'accroissement nous fait craindre une opération semblable à la première ou même une large incision verticale dans le but de faire

suppurer les parois du kyste. Ces procédés exposeraient le malade, en pure perte, aux dangers d'une prochaine opération. Il ne serait pas d'ailleurs sans péril de laisser la tumeur s'accroître dans tous les sens, s'engager plus en arrière sous l'omoplate, en haut dans la région sous-claviculaire. L'ablation sera seule capable d'assurer une guérison radicale.

10 *février*. — Nous faisons une longue incision verticale sur la face antérieure de la tumeur en coupant du même coup la peau, le tissu cellulo-adipeux et l'aponévrose. Nous tombons alors sur la paroi du kyste. Cette enveloppe apparaît très vasculaire, cellulo-fibreuse, transparente, offrant à peine l'épaisseur d'une baudruche. Elle est bosselée, d'un blanc grisâtre. Les bosselures sont dues à des tractus qui se prolongent à l'intérieur du kyste et le segmentent.

Sur une partie de son étendue, l'enveloppe du kyste peut être séparée des parties voisines avec le doigt, dans d'autres points elle est très adhérente aux muscles et doit en être détachée par voie de dissection.

Les autres particularités importantes que présente l'opération, sont : la fragilité de la tunique du kyste, qui ne permet pas de l'enlever sans la rompre ; l'écoulement du liquide, démontrant que la plupart des aréoles communiquent entre elles ; les caractères de la sérosité transparente, limpide, un peu jaunâtre du liquide. La dilatation des vaisseaux nombreux qui pénètrent dans l'enveloppe de la tumeur, porte sur les artères, dont une douzaine sont saisies avec des pinces hémostatiques.

L'opération terminée, les lèvres de la plaie sont réunies par des bandelettes de tarlatane collodionnées, une mèche munie d'un tube à drainage ayant été placée à la partie déclive, pour faciliter l'écoulement des liquides.

Aussitôt recueillie, la pièce fut envoyée chez M. le professeur Robin, dans le but de déterminer si cette tumeur kystique était développée dans le tissu cellulaire de l'aisselle, ou dans les ganglions lymphatiques.

Cette dernière opinion était la plus probable : nous avions eu beaucoup de peine à extraire la portion supérieure de la tumeur, celle qui remontait profondément dans l'aisselle au contact des gros vaisseaux ; dans cette région, nous avions trouvé tous les ganglions hypertrophiés, parfaitement distincts les uns des autres, et entrant, par leur tunique externe, dans la composition de la tumeur elle-même.

M. Robin n'hésita pas à affirmer que la structure était celle des kystes ganglionnaires.

10 *février*. — TS = 39°,2. — P = 102.

11. — TM = 38°,6. — P = 96. TS = 39°. — Vomissements bilieux. — Pansement alcoolisé.

12. — TM = 38°. S = 38°, 6. — P = 88. — Même pansement.

13. — TM = 37°,8. S = 38°,2. — P = 80. — On enlève les pinces hémostatiques. — Pas d'hémorrhagie.

14. — TM = 37°,8. S = 38°4. — P = 82. — Sueurs nocturnes profuses. — Pas d'appétit.

15. — TM = 37°,8. S = 38°,6. — P = 90. — Suppuration peu abondante. — Les lèvres de la plaie sont réunies dans le tiers supérieur. Sueurs nocturnes. — Légère céphalalgie frontale.

16. — TM = 37°,6. S = 38,4. — P = 84. — Eruption miliaire sur la poitrine et les épaules.

17. — Plus de sueurs. TM = 37°. S = 37°,6. — P = 80.

18. — TM = 37°. S = 37°,8. — P = 80. — Appétit, nuit calme.

A partir de ce moment la température reste normale, la cicatrisation marche rapidement et le malade sort guéri le 10 mars.

Obs. CDLXXXVII. — *Sarcôme des ganglions axillaires. Ablation.* — Cottart (Louis), cinquante-deux ans, scieur-mécanicien, entre le 5 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 16. Pas d'hérédité. Constitution robuste. Pas d'antécédents scrofuleux, vénériens ou tuberculeux. Bonne santé habituelle. Il y a deux mois, il commença à ressentir dans l'aisselle droite des douleurs vagues, intermittentes, peu intenses, qui s'accentuèrent progressivement et s'irradièrent vers le côté du thorax et le bras correspondants. En portant la main dans la région axillaire, il sentit sur la paroi interne de cette cavité, une tumeur du volume d'une grosse noix, mollasse, douloureuse à la pression, non adhérente à la peau. Il consulta un médecin qui fit appliquer des fondants sur la tumeur. Celle-ci augmenta néanmoins de volume, mais devint un peu moins douloureuse. L'accroissement rapide de cette production morbide amène le malade à l'hôpital.

5 *décembre.* — Sur la paroi interne du creux axillaire, on trouve une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, de forme irrégulière, dont l'extrémité supérieure reste distante de trois travers de doigt du sommet de la cavité axillaire ; son extrémité inférieure dépasse le bord inférieur du tendon du muscle grand pectoral de 3 centimètres. Transversalement, elle s'étend du bord antérieur au bord postérieur de l'aisselle. Sa surface présente des bosselures arrondies du volume de grosses avelines, qui se dessinent sous la peau. Celle-ci est légèrement tendue, mais a conservé ses caractères normaux, elle n'est pas amincie, et ne présente aucune trace de vascularisation anormale ou d'œdème inflammatoire. Au toucher la tumeur est solide, non fluctuante, mais présente néanmoins une certaine mollesse ; sa consistance est celle des productions sarcomateuses. On sent qu'elle est manifestement composée de plusieurs lobes à surface mamelonnée qui adhèrent à la peau en quelques points. La face profonde est intimement unie aux couches sous-jacentes. De son bord supérieur se

détache un prolongement qui semble remonter profondément vers la partie la plus élevée du creux axillaire.

9 *décembre.* — Chloroforme. Le bras étant dans l'abduction, nous faisons sur la paroi interne de l'aisselle une incision verticale qui coupe successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose, et nous conduit à la surface de la tumeur. A l'aide du doigt et de la spatule, nous énucléons celle-ci dans tous les points où elle ne contracte pas des adhérences trop étroites avec les tissus voisins. Nous parvenons ainsi à enlever la masse principale de la tumeur qui se compose de plusieurs ganglions dont le volume varie de celui d'un œuf de pigeon à celui d'une noix. Il existe un prolongement qui remonte dans la direction des vaisseaux axillaires et dont l'ablation nécessite l'emploi du bistouri. Cette portion adhère à la face postérieure des muscles pectoraux dont nous devons enlever quelques fibres. Aucun vaisseau volumineux n'a été coupé. De six pinces hémostatiques placées pendant l'opération, trois seulement sont laissées pendant vingt-quatre heures. Avant de réunir les bords de la plaie, nous plaçons un tube à drainage dont le bout inférieur sort à la partie déclive. Sutures des deux tiers supérieurs à l'aide de huit points de suture métallique. Pansement alcoolisé phéniqué.

Sur une coupe, la tumeur présente une trame blanchâtre, fasciculée, très dure, circonscrivant des aréoles contenant un tissu rosé, finement granuleux, de consistance mollasse.

Diagnostic histologique : Lympho-sarcôme : la masse est formée de cellules embryonnaires et de cellules fibro-plastiques. Le réticulum épaissi donne naissance aux éléments sarcomateux : cellules rondes, étoilées, fusiformes.

10. — T M = 37°,6. S = 38°. — P = 98. On enlève les pinces.

11. — T M = 37°,8. S = 37°,8. — P = 92. Le malade mange avec appétit : bouillon, potage, viande rôtie. Nuit calme.

12. — T M = 37°. S = 37°,6. On fait tous les jours des lavages par le tube à drainage. Le malade se trouve bien.

13. — Température normale. On enlève les fils que l'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnée. Les lèvres de la plaie sont réunies par première intention dans la moitié supérieure. Suppuration modérée. Pas d'accidents à noter. Cicatrisation régulière et rapide.

25. — On enlève le drain. Il n'existe plus qu'une plaie superficielle. Le malade se lève dans la salle.

7 *janvier.* — Cicatrisation complète. Le malade sort guéri.

Obs. CDLXXXVIII. — *Lipôme enkysté de l'aisselle gauche. Ablation. Guérison.* — Staffel (Marguerite), quarante-six ans, cuisinière, entre le 26 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 43. Pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques. Réglée à quatorze ans, menstruation

régulière. Le flux a toujours été très abondant, mais depuis un an surtout il prend la forme de métrorrhagie ; il est mélangé à d'énormes caillots. Le dernier écoulement aurait duré dix-huit jours. Cinq accouchements normaux. Une fausse couche l'an dernier. Trois enfants vivent et sont bien portants.

Il y a un an, elle vit apparaître, sans causes connues, sous l'aisselle gauche, près du bord antérieur, une tumeur du volume d'une fève, complètement indolente, mais déterminant, dit-elle, une sensation de gêne pendant les temps humides. Cette tumeur s'est développée assez rapidement et progressivement, sans déterminer d'accidents locaux ou généraux.

Nous trouvons aujourd'hui le creux axillaire déformé par une tumeur volumineuse qui soulève les téguments et occupe la paroi interne. Elle se rapproche du bord inférieur du grand dorsal dont elle est séparée par un travers de doigt, tandis qu'elle se confond en avant avec le bord correspondant du grand pectoral. Elle a la forme d'un ovoïde dont le grand axe se dirige obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. La surface est lisse, convexe sous les téguments. La peau a conservé sa structure et sa coloration, elle laisse voir par transparence quelques veines sous-cutanées dilatées.

Au toucher et à la vue, aucun caractère inflammatoire, la peau et le tissu cellulaire sont libres à la surface de la tumeur, il en est de même des muscles sous-jacents, ainsi qu'on peut s'en convaincre en les faisant contracter pendant qu'on immobilise la tumeur avec la main. Celle-ci est molle, d'une fluctuation douteuse; elle ne donne pas la sensation pâteuse des lipômes, ni la mollesse des kystes à parois minces; elle rappelle plutôt les kystes anciens à parois épaisses qui contiennent peu de liquide. Quant aux rapports qu'elle affecte avec les parties profondes, il est difficile de les déterminer, car elle se perd dans la profondeur de l'aisselle que la vue et le toucher ne peuvent atteindre. Cette tumeur est indolente même à la pression. La gêne des mouvements, l'augmentation de volume, et la marche rapide, ont seuls conduit la malade à nous consulter.

28. — Incision suivant le grand axe de la tumeur divisant du même coup la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose, jusqu'à la tumeur dont la couleur jaunâtre indique immédiatement la nature lipomateuse.

Aussitôt nous décollons avec le doigt les couches qui la revêtent, et nous l'énucléons, sans être obligé de faire d'autre dissection.

L'extraction finie, nous faisons une incision verticale à la partie postérieure qui est la plus déclive, afin de faciliter l'écoulement du pus ; une mèche munie d'un tube à drainage fut introduite dans cette ouverture, après que les bords de la plaie eurent été réunis par cinq points de suture; pansement alcoolisé. Il n'a pas été néces-

saire de laisser des pinces hémostatiques dans la plaie, quelques vaisseaux cutanés ayant seuls été divisés.

Ce lipôme du volume d'un œuf de dinde offrait la consistance et l'aspect d'un kyste bilobé. Le lobe supérieur envoyait un prolongement jusque dans la partie la plus élevée du creux axillaire.

Les points de suture enlevés le quatrième jour sont remplacés par des bandelettes de tarlatane collodionnée.

La cicatrisation s'effectua rapidement sans complication d'aucune sorte; la température ne dépassa pas 38°, le pouls 98 pulsations, et la malade sortit guérie le 12 mai 1877.

2° *Bras.*

Obs. CDLXXXIX. — *Phlegmon diffus profond du bras. Deux larges incisions avec drain. Guérison.* — Danowicth (Léon), vingt-sept ans, mécanicien, entre le 4 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 11. Malade vigoureux, bien constitué, n'ayant jamais été malade antérieurement.

Depuis trois semaines, douleurs et fatigue dans le membre supérieur droit. Début insensible, sans cause connue, pas d'écorchure à la main, pas de traumatisme. Le bras a gonflé peu à peu, et depuis 8 jours, le malade est obligé de garder le repos. Depuis cette époque aussi, frissons le soir, défaut d'appétit, douleurs violentes, profondes, lancinantes, empêchant tout sommeil.

4 novembre. — Gonflement uniforme du bras depuis l'épaule jusqu'au coude, surtout sensible sur les parties interne et externe. Les saillies osseuses de l'articulation du coude ont disparu. La peau a conservé sa couleur normale, elle est un peu chaude. Cependant, au niveau de la cloison intermusculaire interne, on remarque un point rouge de la grandeur d'une pièce de 5 francs en argent, situé à la partie moyenne du bras. Œdème et empâtement des parties molles. Douleurs et engourdissement de tout le membre, mouvements douloureux, surtout ceux d'extension de l'avant-bras sur le bras. Douleurs s'exaspérant à la pression ; impossibilité de reconnaître de la fluctuation ; elle n'est pas même nette et précise au point rouge de la peau.

Le malade est fatigué, sans appétit, sans sommeil; soif vive; peau chaude; langue sèche. Pouls plein et large = 90. — TA = 38. Frissons le soir. Urines normales. Le bras est placé dans une gouttière.

12 novembre. — Large incision, longue de 5 centimètres, vers le tiers supérieur du bras dans la cloison intermusculaire interne, entre le brachial antérieur et le vaste interne. Il s'écoule du pus crémeux, bien lié. Le doigt introduit par l'incision pénètre assez profondément en contournant la face postérieure de l'humérus, au niveau et au-

dessus de l'insertion de la moyenne portion du triceps. Décollement à parois anfractueuses où le doigt rencontre des brides peu résistantes, des filaments fibrineux. Ce décollement se prolonge jusque du côté de la face externe. Cataplasmes laudanisés. Pilules d'extrait thébaïque de 0,05 centigr.

13. — P = 90. — T A = 37,5. — Le malade a mieux dormi. La première incision paraît insuffisante à cause de la petite quantité de pus qui s'écoule. Contre-ouverture à la partie externe du bras dans la cloison intermusculaire entre le biceps et le vaste externe. Passage d'un drain communiquant par les deux incisions. Même traitement.

15. — Le malade souffre moins, a dormi. T = 37,5. P = 80. — Lavage à l'eau alcoolisée par le drain.

17. — Amélioration. L'œdème a presque disparu. Suppuration modérée.

20. — Plus d'œdème. Douleurs disparues. Le malade peut remuer le bras sans souffrances. Etat général bon. Même traitement moins l'extrait thébaïque.

25. — Le malade va bien. Suppuration insignifiante. Les plaies se ferment autour du drain.

30. — Plus de suppuration. Le malade quitte le service. Le drain est maintenu.

5 *décembre*. — Il s'écoule par l'orifice du drain quelques gouttes de sérosité sanguinolente ; plus de pus. On ôte le drain.

10. — On cautérise les bourgeons charnus des plaies. Cicatrisation rapide.

15. — Guérison complète,

Obs. CDXC. — *Kyste séro-purulent du bras droit d'origine traumatique*. — Martignoni (Joseph), vingt-quatre ans, ébéniste, entre le 24 juin 1878, salle Sainte-Marthe, 8. Sujet bien constitué. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux. Une blennorrhagie à 18 ans. Pas d'accidents syphilitiques. Jamais de maladies graves.

Il y a deux mois, l'angle d'un meuble heurta assez violemment la face postéro-interne du bras droit, à l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs. Cet accident détermina une douleur vive au niveau du point contus, mais n'empêcha pas le malade de continuer son travail. Le lendemain il remarqua la présence d'une tumeur du volume d'une grosse noix molle, fluctuante sous-cutanée. Il n'a pas constaté de changement de couleur à la peau. Le jour suivant, la tumeur augmenta encore manifestement de volume, puis resta stationnaire. Jamais de douleur spontanée, aucune gêne dans les mouvements du bras, douleur légère à la pression. La persistance de la tumeur inquiète le malade et le détermine à entrer à l'hôpital.

24 *juin*. — La tumeur est située sur le lieu même où a porté la contusion, c'est-à-dire à la face postéro-interne du bras au niveau

du triceps, à deux travers de doigt du bord postérieur du deltoïde. Elle est fusiforme, du volume d'un œuf de poule, parallèle à la branche externe du V deltoïdien. La peau a conservé ses caractères normaux; pas de vascularisation anormale. La température est la même à ce niveau que dans les parties voisines. Au toucher, la tumeur est dure, élastique, elle est incompressible et irréductible, dépourvue de mouvements d'expansion et d'affaissement ainsi que de battements isochrones. Aucun bruit de souffle à l'auscultation. Sa consistance est celle d'un kyste fortement distendu. La face profonde fait corps avec l'aponévrose par sa périphérie. Indolence complète pendant le repos. Une forte pression et l'examen prolongé de la tumeur éveillent une douleur sourde contusive qui persiste pendant quelques heures. Rien dans les ganglions axillaires. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. L'état général est satisfaisant.

5 *juillet.* — Chloroforme. Nous incisons la peau parallèlement à l'axe de la tumeur sur une étendue de cinq centimètres, et nous tombons sur la face externe du kyste. Nous trouvons qu'elle est unie à la peau et aux tissus voisins par des tractus celluleux, minces et résistants. La membrane d'enveloppe est friable par places, et malgré nos précautions, cède à la pression sur plusieurs points. Le liquide qui s'en échappe et dont la quantité peut être évaluée à 40 grammes, est séreux, jaunâtre, les premières gouttes sont parfaitement limpides; celui qui sort ensuite est filant, visqueux et louche, il prend l'aspect du muco-pus, il offre, en un mot, les caractères d'un liquide séro-sanguin mélangé à une certaine quantité d'éléments pyoïdes. L'examen microscopique confirme ces données. La partie superficielle de l'enveloppe, bien que formée par le tissu cellulaire condensé, de même que la partie interne, est incomplète par places. La membrane interne elle-même, en contact avec le liquide, bien que grenue et vascularisée, est manifestement composée de vaisseaux de nouvelle formation, nés aux dépens des organes voisins. L'opération terminée, un tube à drainage est placé au fond de la plaie, dont les bords sont ensuite réunis à l'aide de quatre fils métalliques. Pansement alcoolisé phéniqué. Pas de réaction fébrile. Les fils furent enlevés le quatrième jour, la réunion des lèvres de la plaie n'était qu'incomplètement obtenue. La cicatrisation marcha rapidement des parties profondes vers la superficie. Le drain fut enlevé le dixième jour. La suppuration fut toujours modérée. Le 20 juillet, la cicatrisation était complète. Le malade quitta l'hôpital.

3° *Avant-bras.*

Obs. CDXCI. — *Furoncle de l'avant-bras. Ouverture par le bistouri. Guérison.* — Vangelder (Abraham), dix-huit ans, entre le 3 août 1877,

salle Sainte-Marthe. Malade robuste, bien constitué, sans antécédents pathologiques.

Il y a huit jours, sans cause connue, apparition à la face postérieure de l'avant-bras gauche, d'un petit point rouge, induré, sensible au toucher, du volume d'une lentille, avec aréole rosée et chaude, de la grandeur d'une pièce de deux francs. Quinze jours auparavant un autre point semblable était apparu à la nuque, avait suppuré et disparu au bout de huit jours.

Petite tumeur rouge, acuminée, située à 0,10 centimètres au-dessus de l'articulation du poignet; volume d'un œuf de pigeon. Le sommet est d'un rouge violacé, et au centre existe un seul petit point blanc. Fluctuation manifeste. Base indurée, rouge, luisante, s'étendant sur un centimètre et demi de rayon. Picotements, douleurs lancinantes. Santé générale bonne, urines normales.

Ouverture avec le bistouri. Incision large laissant sortir une petite masse grisâtre, le bourbillon, située au-dessous d'une petite collection purulente. Cataplasme.

6 *août*. — Plaie presque fermée. Le malade quitte le service.

Obs. CDXCII. — *Pustule maligne de l'avant-bras. Incision cruciale et cautérisation au sublimé. Guérison.* — Crétin (Théodore), vingt-quatre ans, garçon boucher, entré le 15 août 1877, salle Saint-Augustin, 7. Ce garçon, très robuste, travaille à l'abattoir de la Villette. Depuis huit jours seulement, il apprêtait à la campagne des veaux pour la criée de Paris. Il s'est aperçu le matin du 14 août, que son bras gauche était gonflé tout autour du coude. Il éprouvait de vives démangeaisons au-dessous du coude, sur la face externe de l'avant-bras, au niveau de la masse des épicondyliens. Au milieu du gonflement, le malade a remarqué un petit point noirâtre. Pour calmer ses démangeaisons il se rasait avec son couteau de boucher. Le soir le gonflement s'était étendu à l'avant-bras et au bras. Le malade est allé consulter le même jour à Bry, un médecin qui a fait une petite incision cruciale sur le point noir.

Pendant la nuit le malade a un peu souffert; il a moins dormi que d'habitude.

15 *août*. — Le lendemain matin le même médecin a pratiqué une cautérisation au sublimé corrosif. Le gonflement avait augmenté.

Le malade a laissé la poudre en place pendant deux heures, et il est entré à l'hôpital Saint-Louis le quinze août dans l'après-midi.

16. — Au niveau de la cautérisation, un peu au-dessous du coude, eschare de la largeur d'une pièce de un franc. Partie centrale noire et dure. Cercle blanc tout autour de la partie centrale. Second cercle noir autour du cercle blanc. Ce second cercle est limité par un petit sillon qui sépare les parties mortifiées des parties saines.

Gonflement tout autour. Sur le bras, le gonflement remonte à peu

près jusqu'au milieu ; sur l'avant-bras, l'œdème s'étend sur la face dorsale jusqu'à la racine des doigts. Sur la face antérieure l'œdème est moins étendu.

Rougeur diffuse de toutes les parties œdématiées. Pas de traînées de lymphangite. Quelques ganglions douloureux dans l'aisselle. La pression du doigt ne laisse pas d'empreinte sur les parties gonflées, mais le malade déclare que la dureté a bien diminué. Le malade n'a pas très bien dormi la nuit. Il a rêvé. Pas de fièvre. Langue un peu blanche. P = 76. TA = 37,°5. Le malade déclare avoir un excellent appétit. M. Marchand incise l'eschare crucialement dans toute son étendue, et fait appliquer dans les fentes des grains de sublimé corrosif.

17. — Le gonflement est le même. La rougeur diffuse remonte jusqu'à l'aisselle. L'engorgement ganglionnaire n'a pas augmenté. Œdème moins dur.

L'eschare grandie offre la largeur d'une pièce de cinq francs. Une fusée s'est faite le long du bras, elle est limitée par des phlyctènes caractéristiques. Un peu de salivation. Pouls, 80. — TA = 37°,9. On prescrit un gargarisme au chlorate de potasse. Le malade n'a pas bien dormi.

18. — En rêvant cette nuit, le malade s'est cogné le coude droit contre la table de nuit. Petite plaie contuse, le gonflement du bras a diminué. La salivation persiste encore. Le malade se plaint de mal à la bouche. Il ne peut écarter les mâchoires. P = 92. — TA = 38°,3. Sueurs abondantes, la nuit dernière. L'appétit a diminué.

L'eschare est aujourd'hui parfaitement limitée. L'état général paraît malgré cela plus grave que le jour de l'entrée. Il ne peut se défendre d'une certaine somnolence. Langue recouverte d'un épais enduit saburral. Pouls = 100. — TA = 38°,7. On prescrit deux verres d'eau de Sedlitz.

20. — La fièvre baisse et le gonflement du bras continue à diminuer. Le malade se sent mieux. P = 96. — TA = 37°.

24. — Depuis trois jours la fièvre a disparu. Le malade reprend de l'appétit. L'eschare s'est détachée, et il reste à la place une plaie rosée, couverte de bourgeons charnus de bonne nature.

Obs. CDXCIII. *Kyste purulent du bord radial de l'avant-bras.* — Provost (Charles), vingt ans, élève en pharmacie à Montmorency, se présente à notre clinique du 7 décembre 1878. Sujet petit, maigre, lymphatique. Jamais de maladies graves. Bonne santé habituelle. Sa mère est sujette à avoir de petites tumeurs qui apparaissent et disparaissent à de certains moments. Il y a trois ans, il remarqua accidentellement, au niveau du bord radial de l'avant-bras gauche, une tumeur du volume d'une amande allongée suivant l'axe du radius, molle, fluctuante, irréductible, sans changement de couleur à la

peau, complètement indolente. L'augmentation de volume de la tumeur ne s'est accompagnée d'aucun trouble local ou général.

A la face antérieure de l'avant-bras gauche, près du bord externe, on voit une tumeur oblongue, aplatie, à surface légèrement convexe. L'extrémité inférieure est distante de 5 centimètres de l'interligne articulaire du poignet. La tumeur présente une longueur de 7 centimètres et une largeur de 4 centimètres à sa partie moyenne. La peau est soulevée, un peu distendue, mais normale. Elle ne présente ni changement de coloration, ni vascularisation anormale, ni œdème inflammatoire. Au toucher la tumeur est molle, manifestement fluctuante, de consistance liquide, irréductible. Examinée à la lumière, elle n'est pas transparente, la peau est mobile à la surface, mais la face profonde du kyste adhère intimement à l'aponévrose superficielle. Aucune altération appréciable dans les tissus sous-jacents. Rien dans les ganglions épitrochléens ou axillaires. Aucune production analogue dans les organes éloignés.

7 *décembre*. — Le malade n'est pas endormi. A l'aide du bistouri, nous faisons à la surface de la tumeur une incision longitudinale qui intéresse la peau et les couches sous-cutanées. Nous essayons alors de disséquer les parois de la poche, mais leur minceur est telle qu'il est impossible de les isoler sans ouvrir la cavité kystique. Il s'en écoule environ 50 grammes d'un pus verdâtre, épais, contenant de petits grumeaux caséeux, sans odeur spéciale. Lorsque la poche kystique est entièrement vidée, nous l'isolons par voie de dissection des tissus voisins auxquels elle adhère intimement. Aucun vaisseau important n'a été divisé pendant l'opération. Celle-ci terminée, nous rapprochons les lèvres de la plaie à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnées. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté, légèrement compressif. Le malade retourne chez lui, où il sera soigné par son médecin.

Obs. CDXCIV. — *Kyste synovial du poignet gauche*. — François (Eugénie), trente-trois ans, domestique, se présente à la clinique du 23 mars 1878. Il y a un an et demi, elle remarqua sur la face dorsale du poignet gauche, une tumeur sous-cutanée du volume d'une noisette, très dure, et complètement indolente. Cette tumeur s'est développée lentement et progressivement. L'évolution continue et la déformation qui en résulte inquiètent la malade et l'amènent à l'hôpital.

23 *mars*. — La tumeur siège à la face dorsale du poignet sur le bord radial ; elle remplit toute la tabatière anatomique et répond par sa face profonde à l'interligne articulaire radio-carpien. A ce niveau la peau est soulevée, convexe, mais ne présente aucune modification au toucher, elle est mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est lisse, unie, sans bosselures ; sa consistance est dure, solide et rappelle

celle des tumeurs fibroïdes, ou des kystes fortement distendus. Elle est incompressible et irréductible. Son pourtour est indépendant des tendons des extenseurs et du long abducteur du pouce et de leur gaîne, qui la limitent en dedans et en dehors et se déplacent sans l'entraîner dans leur mouvement. Profondément, au contraire, elle est adhérente en un point et semble dépendre de la synoviale articulaire, sans toutefois communiquer actuellement avec elle. Aucune gêne des divers mouvements du pouce ou du poignet. Douleur légère à la pression.

Diagnostic. — Kyste synovial.

La malade n'est pas chloroformée. Avec le bistouri, nous faisons une incision longitudinale longue de 3 centimètres, intéressant la peau et les tissus sous-jacents. Les lèvres de l'incision étant écartées à l'aide de rétracteurs, nous isolons la tumeur par voie de dissection en évitant de blesser les gaînes synoviales des tendons. Ainsi que nous le pensions le kyste est isolé, il adhère seulement en un point par sa face profonde, sans communiquer avec la séreuse articulaire du poignet. Nous en pratiquons l'ablation sans ouvrir sa membrane d'enveloppe, nous l'ouvrons ensuite; il contient un liquide épais, filant, huileux, incolore et transparent. Les parois du kyste sont très épaisses, d'aspect celluleux à l'extérieur, séreux à l'intérieur; aucun vaisseau important n'a été intéressé, l'emploi des pinces hémostatiques n'est pas nécessaire. L'opération terminée, les lèvres de la plaie sont réunies et maintenues rapprochées à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnée.

Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif. Immobilisation du pouce et du poignet. La malade vient se faire panser tous les deux jours. Pas d'accidents consécutifs.

5 *avril.* — Cicatrisation complète.

Obs. CDXCV. — *Kyste synovial du bord radial du poignet gauche.* — Venny (Mélanie), vingt-huit ans, ménagère, se présente à la clinique du 23 mars 1878. Il y a quatre mois, elle remarqua sur le bord externe du poignet droit, une tumeur du volume d'un pois, sous-cutanée, dure, adhérente par sa face profonde, indolente, sans changement de coloration à la peau. Cette tumeur s'est accrue lentement et progressivement; dans les derniers temps, elle est devenue douloureuse dans les mouvements du pouce et à la pression.

23 *mars.* — La tumeur est située au niveau de l'apophyse styloïde du radius gauche, sur le trajet du tendon du long abducteur du pouce. Elle a le volume d'un œuf de pigeon, sa forme est oblongue, allongée verticalement dans le sens du tendon. La peau qui la recouvre est lisse, unie, un peu tendue, mais a conservé ses caractères normaux. Au toucher, tumeur dure, solide, incompressible et irréductible, ayant la consistance des kystes fortement distendus.

Pas d'adhérences cutanées. Profondément, elle paraît s'implanter sur la gaîne du tendon du long abducteur du pouce, dont elle suit les mouvements. Peu de douleurs spontanées, douleurs vives à la pression.

La malade n'est pas chloroformée. Nous faisons un pli cutané à la surface de la tumeur et, à l'aide d'un bistouri à lame étroite, nous faisons une ponction sous-cutanée qui donne issue à un liquide épais, gélatineux, jaunâtre, transparent. Nous vidons complètement le kyste en laissant le bistouri dans sa cavité, puis après avoir détruit le parallélisme, nous exerçons une compression méthodique à l'aide de rondelles d'amadou superposées et maintenues par une bande. La malade retourne chez elle. Elle conservera le pansement compressif pendant huit jours.

Obs. CDXCVI. — *Kyste synovial de la face palmaire du poignet gauche. Ablation.* — Mathieu (Julie), dix-neuf ans, couturière, entre le 30 mars 1878 dans notre service. Malade petite, faible, rachitique, déviation de la partie dorsale du rachis (variété cyphose). Réglée depuis un an. Les règles ne viennent pas à époque fixe, sont peu abondantes et très rouges. Pas de leucorrhée dans l'intervalle; jamais de maladies graves. Il y a deux ans, elle remarqua à la face palmaire du poignet gauche, une tumeur, du volume d'un pois, dure, rénitente, irréductible, sans changement de coloration de la peau. Cette petite production a d'abord évolué très lentement, mais depuis six mois elle a sensiblement augmenté de volume. Elle est le siège de douleurs spontanées intermittentes qui surviennent et disparaissent brusquement. Sensibilité à la pression.

La tumeur a le volume d'une noisette; elle est régulièrement arrondie, bien limitée, située sur le trajet du tendon du grand palmaire. Elle est dure, élastique, incompressible et irréductible. Sa face profonde adhère intimement à la gaîne tendineuse dont elle suit les mouvements; la peau est malade à la surface. Il s'agit évidemment d'un kyste synovial développé aux dépens de la gaîne tendineuse.

30 *mars*. — La malade n'est pas anesthésiée. Incision longitudinale à la surface de la tumeur. Celle-ci est partout énucléable excepté à sa face profonde qui adhère à la gaîne synoviale au niveau du tendon du grand palmaire. Nous disséquons avec soin, et nous parvenons à isoler complètement la tumeur sans ouvrir la gaîne du tendon. Pansement alcoolisé et ouaté compressif. La malade retourne chez elle.

Obs. CDXCVII. — *Kyste du bord radial du poignet droit.* — X....., trente-deux ans, garçon boucher, se présente à la clinique du 9 novembre 1878. Sujet robuste. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, vénériens ou tuberculeux. Bonne santé habituelle. Il y a six

mois, il remarqua au niveau du bord externe du poignet droit, une tumeur allongée dans le sens vertical, du volume d'un haricot, dure, mobile sous la peau, adhérente par sa face profonde, complètement indolente. Cette tumeur s'est développée lentement et progressivement; dans les derniers temps elle est devenue le siège de douleurs dans les mouvements de l'avant-bras et de la main. Ces derniers accidents gênent le malade pour son travail et le déterminent à venir à l'hôpital.

La tumeur est située au niveau du bord antérieur de l'apophyse styloïde du radius, entre le tendon du long abducteur du pouce et celui du grand palmaire. Elle a le volume et la forme d'une petite amande. La peau qui la recouvre est lisse, tendue, de coloration un peu foncée, elle a conservé sa mobilité à la surface de la tumeur.. Celle-ci est dure, solide, sa consistance est celle des kystes fortement distendus. Elle adhère intimement aux couches sous-jacentes. Les mouvements du pouce et de la main n'impriment pas de déplacements bien appréciables à la tumeur.

9 *novembre* 1878. — A l'aide d'un bistouri étroit, nous faisons une ponction sous-cutanée qui donne issue à quelques gouttes de liquide épais, huileux, transparent, jaunâtre. Le kyste étant vidé aussi complètement que possible et le parallélisme détruit entre ses parois et la peau, nous exerçons une compression méthodique à l'aide de rondelles d'amadou superposées, maintenues par une bande. Le malade retourne chez lui, il conservera le pansement compressif pendant huit jours et gardera le repos.

Obs. CDXCVIII. — *Kyste à grains riziformes de la gaîne du fléchisseur commun des doigts de la main droite. Compression. Guérison.* — Coquillon, Jules, quarante et un ans, tailleur de pierre, entre le 18 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 1. Il y a huit mois, sans avoir travaillé plus qu'à l'ordinaire, il ressentit une douleur assez aiguë dans le poignet droit et remarqua un gonflement de la face antérieure. Il continua néanmoins son travail, mais trois jours après il éprouvait une certaine faiblesse de la main et des doigts qu'il ne pouvait fléchir suffisamment pour tenir son marteau.

La tuméfaction et la faiblesse augmentant peu à peu, il alla consulter un médecin qui lui fit une incision à la partie supérieure de la tumeur qui remontait jusqu'au cinquième inférieur du bras, et le malade spécifie nettement qu'il en sortit une matière comparable à du riz. On voit encore aujourd'hui la cicatrice consécutive à l'incision.

Le médecin fit une compression, et dix-sept jours après le malade reprenait son travail.

Ceci se passait au mois de septembre. Il y a trois semaines, la tumeur a reparu ; le malade a continué à se livrer à ses occupations,

mais aujourd'hui le peu de force qu'il a dans la main et une certaine douleur l'obligent à les suspendre et il entre à l'hôpital.

18 *janvier*. — La face palmaire du poignet droit présente une tumeur peu saillante qui entoure le paquet des fléchisseurs des doigts. Elle déborde en haut et en bas le ligament annulaire du carpe. La peau offre une teinte légèrement rougeâtre, sans variations de température. La tumeur n'offre pas une fluctuation franche. En pressant un peu fort, on obtient une crépitation ou plutôt un froissement comparable à celui qu'on obtient en pressant sur un sac rempli de riz.

Les doigts sont légèrement fléchis, l'extension douloureuse. Le malade ne peut serrer fortement la main qu'on lui présente. Mouvements du poignet faciles et indolents si on ne les fait pas trop brusquement. Pas de ganglions dans l'aisselle.

On applique une bande compressive autour du poignet. Le 24, on enlève la bande pour s'assurer de l'état du poignet. Le kyste a bien diminué de volume. On met un nouveau bandage compressif.

Le 1er février, le malade sort amélioré.

Obs. CDXCIX. — *Kyste synovial de la face dorsale du poignet droit, traité d'abord sans succès par l'écrasement. Ponction sous-cutanée et compression méthodique.* — X. M., vingt-deux ans, cuisinière, se présente à la clinique du 9 novembre 1878. Femme maigre, débile, tempérament lymphatique. Il y a six mois, elle remarqua sur la face dorsale du poignet droit une tumeur du volume d'un pois, sous-cutanée, dure, élastique, irréductible et complètement indolente. La tumeur s'est développée lentement et progressivement sans déterminer ni gêne, ni douleur. Il y a huit jours, elle a été traitée dans un autre service par l'écrasement à l'aide d'une pièce de monnaie. Elle n'a pas disparu complètement. Depuis elle s'est reproduite malgré la compression exercée à sa surface.

9 *novembre*. — La tumeur siège au niveau de l'interligne articulaire du poignet, au-dessus de la gaîne des extenseurs, sur la ligne médiane. Elle est régulièrement circulaire, du diamètre d'une pièce de cinq francs en argent. Sa surface est convexe, lisse et unie, sans bosselures apparentes. La peau ne présente aucune espèce d'altération. Elle est mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est dure, rénitente, irréductible et incompressible, elle se continue manifestement, par sa face profonde, avec la gaîne des extenseurs dont elle suit les mouvements.

Pas de chloroforme. Ponction sous-cutanée à l'aide d'un bistouri long et étroit après avoir détruit le parallélisme des téguments et de la paroi kystique. Issue d'un liquide transparent, jaunâtre, épais, gélatiniforme. Nous vidons la tumeur aussi complètement que possible. La petite plaie cutanée est ensuite recouverte

d'une couche de collodion. Compression méthodique à l'aide de rondelles d'amadou, maintenues par un bandage. La malade restera en ville sous la surveillance de son médecin.

Obs. D. — *Kyste du poignet.* — Bremeau, Henry, trente cinq ans, menuisier, entre le 31 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 81. Bonne constitution, aucun accident syphilitique, ni scrofule, ni tuberculose, trois blennorrhagies depuis l'âge de dix-huit ans. Il porte sur le bord radial du poignet droit, au niveau de l'apophyse styloïde du radius, au-dessus du tendon ou long abducteur du pouce, une tumeur dont le début remonte à cinq ans. Elle apparut d'abord sous la forme d'une saillie, du volume d'un pois, qui se développait quand le travail était actif et s'affaissait par le repos. Jamais il n'y a eu ni douleurs, ni élancements. La peau a conservé ses caractères normaux pendant toute la durée de l'évolution de cette petite tumeur. Depuis un mois, elle a marché plus rapidement. Elle atteint aujourd'hui le volume d'un œuf de pigeon. La peau est soulevée, tendue à sa surface, mais a conservé sa coloration et sa température normales. Pas de symptômes inflammatoires aigus, pas de vaisseaux de nouvelle formation au voisinage. La tumeur est dure, rénitente, de consistance élastique, elle est irréductible par une pression moyenne ; il est impossible de sentir de la fluctuation, mais, par la pression, on y détermine une crépitation obscure qui rappelle celle de l'amidon. Sa face profonde adhère aux parties sous-jacentes. Elle ne provoque ni gêne, ni douleur. Rien de semblable sur les faces palmaire et dorsale du poignet ou de la main. La marche lente de cette tumeur, son indolence, l'absence de symptômes inflammatoires, sa situation au niveau du poignet, sa consistance toute particulière, indiquent que nous sommes en présence d'un kyste hordéïforme. Les applications de teinture d'iode et la compression méthodique ayant été employées sans succès, et la tumeur tendant continuellement à s'accroître, la ponction du kyste est indiquée.

3 *février.* — Le parallélisme étant détruit entre les téguments et les parois de la poche kystique, nous faisons une ponction au moyen d'un bistouri à lame étroite. La pression fait sortir par les lèvres de la plaie une matière épaisse, transparente, gélatineuse, composée de grains riziformes. On déplace ensuite la peau et l'on exerce de la compression au moyen de rondelles d'amadou superposées et maintenues en place par une bande. La compression est maintenue jusqu'au 20 février. A cette époque, l'accollement des parois du kyste était effectué, la plaie cicatrisée, et le malade quitta l'hôpital.

Obs. DI. — *Kyste synovial du poignet gauche. Ponction avec un bistouri à lame étroite. Compression consécutive avec des rondelles d'amadou. Déplacement de l'appareil. Empâtement de l'avant-bras. Guérison.* — Chevalier, Marie, vingt et un ans, couturière, entre le 17 février 1877,

salle Sainte-Marthe, 47. Depuis six mois, elle porte sur la face palmaire du poignet gauche, au niveau de l'apophyse radiale, une petite tumeur dure, indolente, mais qui occasionne une grande gêne dans les mouvements de la main. C'est surtout cette dernière raison qui amène la malade à l'hôpital.

Nous trouvons du côté de la face palmaire du poignet gauche, en dedans de l'apophyse styloïde du radius, sur le trajet du tendon du fléchisseur propre du pouce, une tumeur du volume d'une noisette. La peau qui la recouvre est tendue, luisante, et présente une coloration d'un blanc jaunâtre qui rappelle celle de l'ivoire. Pas de vascularisation appréciable. La tumeur est dure, élastique, rénitente, non réductible et donne la sensation particulière des kystes distendus par une matière pulpeuse. Elle semble être indépendante de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, mais contracte des adhérences avec la gaîne du fléchisseur dont elle suit les mouvements. La pression détermine une douleur vague qui s'irradie vers l'épaule correspondante. Le siège de cette production, sa consistance, ses rapports avec les tendons fléchisseurs font porter le diagnostic : kyste synovial du poignet.

17. — Ponction avec un bistouri à lame étroite : sortie d'une matière gélatiniforme, blanchâtre, transparente. Compression au moyen de rondelles d'amadou. Pendant huit jours, le pansement compressif est maintenu en place et surveillé. A cette époque, la malade, malgré nos recommandations, déplace la bande et les rondelles d'amadou. Le lendemain, à notre visite, nous constatons que le kyste ne s'est pas reproduit ; ses parois semblent soudées entre elles, mais la petite plaie n'est pas encore cicatrisée, et est le siège d'inflammation. Les bords sont rouges, tuméfiés, douloureux. La peau du poignet présente elle-même des teintes d'inflammation. Application de compresses imbibées d'eau émolliente. Les jours suivants, la tuméfaction s'étend au poignet et au tiers inférieur de l'avant-bras. Symptômes généraux peu accusés. Peau légèrement chaude, langue sale, inappétence. État fébrile léger. Les accidents disparaissent rapidement sous l'influence d'un purgatif. En même temps, l'état local s'améliore, l'empâtement disparaît rapidement, la plaie se cicatrise et la malade sort guérie le 9 mars 1877.

4° *Main.*

Obs. DII. — *Rétraction des aponévroses palmaires des deux mains.* — Decombise, Alphonse, trente-neuf ans, bijoutier, entre le 21 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 17. — Pas d'hérédité. Forte constitution. Aucune maladie grave antérieure. Il y a huit ans, il remarqua à la racine de l'annulaire de la main droite, du côté de la face

palmaire, une petite tumeur sous-cutanée, indolente, à surface cornée, comparable en tout point à un durillon. Peu à peu il s'aperçut que l'ánnulaire prenait une position de demi-flexion vers la paume de la main. L'auriculaire fut ensuite entraîné légèrement dans le même mouvement. Bientôt l'extension complète de la main devint impossible ; seuls le pouce et l'index conservèrent l'indépendance de leurs mouvements. Il y a trois ans, des durillons semblables au premier se développèrent au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche, du côté de la face palmaire et à 2 centimètres au-dessous de la tête du troisième métacarpien du même côté. La flexion des doigts correspondants ne tarda pas à se produire en suivant la même marche qu'à droite, sans toutefois atteindre le même degré.

Ces divers phénomènes se sont produits sans douleur, mais ils empêchent le malade de travailler et le gênent considérablement dans l'acte de la préhension.

L'annulaire de la main droite est dans la flexion forcée, mais n'offre ni déformation ni altération, soit des os, soit des articulations. Au niveau de la face palmaire de son articulation métacarpo-phalangienne, la peau présente un noyau d'induration scléreux d'une épaisseur notable et paraissant adhérer profondément au tendon fléchisseur de ce doigt. Au-dessus de ce noyau, en remontant vers la région carpienne, la peau est au contraire amincie, d'aspect cicatriciel, mais elle adhère, de même, intimement aux couches sous-jacentes. Le tendon du fléchisseur de l'annulaire est raccourci, adhérent à l'aponévrose palmaire et semble constituer le principal agent de rétraction. L'extension de l'annulaire est impossible. L'auriculaire est entraîné dans le mouvement de flexion, mais il est facile de le redresser. Les autres doigts jouissent de leurs mouvements, néanmoins, l'extension du médius est limitée à la main gauche ; on trouve une bride cicatricielle formée par la peau et l'aponévrose palmaire, entraînant le pouce dans l'adduction et rendant les mouvements d'opposition extrêmement limités.

15 *décembre*. — Chloroforme. Le malade ne pouvant se servir de la main droite à cause de la flexion forcée de l'annulaire qui s'oppose à la préhension, nous nous contentons de faire l'opération nécessaire pour le redresser, nous proposant de remédier plus tard à la déviation du pouce du côté opposé. Le médius et l'auriculaire étant maintenus écartés, nous faisons à la base de l'auriculaire une incision en V à sommet supérieur, qui comprend dans l'intervalle de ses branches la presque totalité de la bride cicatricielle. Nous disséquons cette bride par sa face profonde, de façon à lui permettre de suivre le doigt auquel elle adhère par sa base et que nous portons dans l'extension. Mais voyant, comme nous l'avions supposé, que

cette bride cutanée et aponévrotique n'est pas le seul obstacle au redressement et que le tendon fléchisseur oppose aussi de la résistance, nous le sectionnons par la méthode sous-cutanée, un peu au-dessus de l'arcade palmaire profonde. Aussitôt après, le doigt peut être étendu complètement. Il reste au-dessous du lambeau en V que nous avons détaché et qui a suivi l'annulaire dans son redressement, une perte de substance de même forme que nous faisons disparaître en rapprochant et en suturant les bords à l'aide de trois points de suture métallique à anses séparées. Nous suturons également les bords du petit lambeau. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté compressif. La main est fixée dans l'extension à l'aide d'une attelle postérieure.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Les fils purent être enlevés le 20 décembre, la réunion par première intention ayant été obtenue dans la plus grande étendue de la plaie. Le 22 décembre, la pointe du lambeau se sphacéla dans une étendue de 2 millimètres et demi. Cet accident n'entraîna qu'un léger retard dans la cicatrisation, et le malade partit chez lui le 29 décembre.

Obs. DIII. — *Phlegmon de la main et de l'avant-bras. Incision.* Hotteman (Louis), trente-six ans, ébéniste, entre le 28 janvier 1878, salle Sainte-Marthe, 19. Il y a quinze jours, en égalisant une pièce de bois, l'instrument dont il se servait (un rabot) rencontra un nœud, ce qui occasionna un contre-coup violent. Douleur au moment de l'accident dans la paume de la main; au bout d'une heure, souffrance très grande, gonflement de la main et principalement de la face dorsale; le malade ne put achever sa journée de travail. Le lendemain, à la consultation de Saint-Antoine, on lui prescrit des cataplasmes. Les jours suivants, aucune amélioration, le gonflement augmentait, au contraire. Le huitième jour, frissons, fièvres, douleurs très vives, perte d'appétit, de sommeil; reste au lit quelques jours, puis entre à Saint-Louis.

Nous trouvons alors tous les doigts tuméfiés et demi-fléchis. La face palmaire de la main est peu gonflée, et peu douloureuse à la pression. La face dorsale au contraire est le siège d'une tuméfaction considérable. Il y a de la rougeur, de la douleur, une fluctuation évidente ; des frottements secs sont perçus dans l'articulation radio-cubito-carpienne ; gonflement à ce niveau et immédiatement au-dessus du ligament annulaire du carpe, sur une étendue de quatre à cinq centimètres, rougeur et empâtement.

Flexion et extension complète des doigts impossibles. Repos au lit. Cataplasmes.

30 *janvier.* — Incision à la face dorsale de la main, grande quantité de sang mélangé de pus. — Cataplasmes. Bras maintenu dans l'élévation.

31. — Le malade, quoique soulagé par l'incision, souffre encore

beaucoup. Fièvre; pas d'appétit. Les parties latérales de l'avant-bras, au niveau du tiers inférieur, sont très gonflées.

1[er] *février*. — On fait des incisions multiples, larges, profondes à la face antérieure de la main, et à la partie inférieure de l'avant-bras.

5. — On fait une autre incision à la face palmaire.

Le gonflement est toujours considérable, surtout sur la face dorsale. On passe un tube à drainage à la partie externe et dorsale de la main. Fièvre, pas d'appétit, peu de sommeil. T = 39°.

7. — Craquement dans les articulations radio-cubitales inférieures, radio-carpienne, et dans l'articulation du premier métacarpien avec la première phalange du pouce. Le gonflement des doigts et de la main est toujours considérable. Le pus s'écoule bien par le drain et les incisions. La douleur à la pression est beaucoup moins vive.

La fièvre a diminué, il y a plus de sommeil, mais encore pas d'appétit. T = 38°, 1.

Le foyer profond de la partie antérieure de l'avant-bras ne semble pas communiquer avec la paume de la main. Le ligament annulaire semble servir de barrière.

La guérison se fait lentement, enfin, le 27 avril, le malade est en état d'être envoyé à Vincennes.

Obs. DIV. — *Durillon suppuré de la paume de la main.* — Bardou (Henri), vingt-deux ans, plombier, entre le 28 décembre 1877, salle Saint-Augustin, 2.

Il y a trois semaines, à la suite d'un travail très pénible, il s'est formé au centre de la région hypothénar un durillon qui n'était que gênant tout d'abord. Au bout de quelques jours, le malade l'enleva et continua à travailler. Le surlendemain, se produisait une ulcération de deux centimètres de diamètre, de laquelle il ne prenait aucun soin. Mais, le 20 décembre, il fut obligé de suspendre son travail tant la souffrance était grande, non seulement au point où siégeait l'ulcération, mais dans tout le bras.

Entré le 28 à l'hôpital, on constate une ulcération profonde de la grandeur d'une pièce d'un franc; les bords sont comme taillés à l'emporte-pièce et d'un aspect corné; un pus assez abondant s'en écoule. Le pourtour est rouge, tuméfié, et le gonflement occupe presque toute la face palmaire de la main. La pression, ainsi que les mouvements des doigts exagèrent la douleur. Le stylet introduit n'arrive pas jusqu'aux os.

Applications de cataplasmes. Manuluves tièdes. Bras en écharpe.

Le 2 janvier 1878, il quitte le service, guéri.

Obs. DV. — *Collection sanguine et purulente enkystée du premier espace inter-métacarpien. Ponction. Guérison.* — Patin (Paul), quarante-trois ans, marbrier, entre le 31 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 16.

Forte constitution, pas de maladies antérieures, aucun signe de tuberculose, de scrofule ou de syphilis.

Depuis quatre mois, il porte dans le premier espace inter-métacarpien droit une tumeur dont il rattache l'apparition à un choc violent contre une table de marbre. Cette tumeur s'est développée d'abord assez rapidement et est restée ensuite stationnaire.

État actuel. — Tumeur du volume d'un œuf de pigeon régulièrement sphérique, faisant saillie sous la peau, à la face interne de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

La peau qui la recouvre conserve des traces d'inflammation, elle est violacée, tendue et desquamée. Néanmoins, sa température est normale, et on ne remarque dans son épaisseur aucun vaisseau de nouvelle formation. La palpation permet de reconnaître qu'elle adhère à la surface de la tumeur. Celle-ci ne présente ni la dureté des tumeurs solides, ni la résistance des kystes fortement distendus; elle donne plutôt la consistance d'une poche renfermant un liquide très épais. Examinée à la lumière elle n'offre pas de transparence; sa mobilité sur les couches profondes est incomplète ; elle semble adhérer par un point de sa surface au bord interne de l'extrémité inférieure du premier métacarpien. Indolence complète à la pression.

L'évolution rapide de la tumeur au début, sa consistance particulière, et l'aspect des téguments qui la recouvrent font penser à une poche sanguine ou purulente enkystée.

Le 3 *février*. — Ponction exploratrice. Écoulement d'un liquide épais composé de pus et de sang. On vide la poche par la pression. Pansement alcoolisé et légère compression ouatée. Pas d'accidents consécutifs.

Le 12, le malade quitte le service. La cicatrisation est complète.

Obs. DVI. — *Angiôme érectile de la partie antérieure et externe du pouce de la main gauche. Ablation.* — Mateau (Joséphine), neuf ans, entre le 10 novembre 1877 dans notre service. Pas d'hérédité. Bonne constitution, bonne santé habituelle ; ni scrofule, ni tuberculose. Elle a vu se développer, à la partie antérieure et externe de la racine du pouce de la main gauche, une tumeur dont le début est passé inaperçu. Pendant toute la durée de l'évolution qui s'est faite lentement et progressivement, la tumeur est restée mollasse et partiellement réductible, sans déterminer d'autres symptômes que de la difformité et un certain degré de gêne dans les mouvements de flexion.

10 *novembre.* — La tumeur a atteint le volume d'une grosse amande; elle s'étend verticalement de la tête du premier métacarpien au voisinage de l'articulation de la première phalange du pouce avec

la seconde, transversalement elle recouvre tout le bord externe de la région et la moitié correspondante de la face palmaire. La peau présente une coloration bleuâtre par places, rouge vineuse en d'autres points. Elle est tendue, un peu plus mince qu'à l'état normal, et laisse voir par transparence des veines variqueuses dilatées. L'aspect général de la tumeur est celui d'une production angiomateuse. Au toucher la tumeur est mollasse, spongieuse, de consistance homogène, rappelant celle des tumeurs érectiles. Mais nous ne retrouvons pas la réductibilité que la mère de la malade aurait plusieurs fois constatée. Fausse fluctuation ; la tumeur est indépendante de la peau qui peut glisser à sa surface, mais elle semble adhérer soit aux os, soit à la gaîne du tendon du fléchisseur propre du pouce, qu'elle masque par sa face profonde.

Pendant la flexion du pouce qui est limitée, la tumeur subit un léger mouvement d'ascension vers la région carpienne. Indolence complète à la pression. Nous pensons avoir affaire à une tumeur érectile, entourant la gaîne du fléchisseur.

10 *novembre*. — Chloroforme. Nous faisons à la surface de la tumeur une incision cruciale, qui nous conduit directement sur une coque celluleuse limitante. Cette coque reçoit par sa face externe plusieurs veinules qui pénètrent dans l'épaisseur de la tumeur. Nous isolons par voie de dissection les parties superficielles et latérales de la masse morbide, en appliquant sur les vaisseaux saignants des pinces hémostatiques qui servent en même temps de rétracteurs. Les rapports que contracte la face profonde de la tumeur avec le tendon fléchisseur et sa gaîne ne manquent pas d'intérêt, la production se montre sur ces organes, et leur adhère en leur formant du côté externe une demi-gaîne cylindrique. C'est de ce côté surtout qu'elle reçoit des vaisseaux. Ceux-ci viennent en partie du bord interne de la gaîne tendineuse, passent entre sa face profonde et l'os, en formant un lacis à mailles étroites, et viennent se jeter dans la tumeur au côté externe de la même gaîne. A l'aide d'une dissection minutieuse, nous parvenons à isoler complètement la tumeur, sans intéresser la gaîne du tendon. Six pinces hémostatiques sont laissées sur les vaisseaux pendant une demi-heure, on les enlève ensuite à l'exception d'une seule qui reste vingt-quatre heures. Réunion des lèvres de la plaie à l'aide de quatre points de suture métallique. Pansement alcoolisé et ouaté compressif.

Grâce à nos pinces hémostatiques et à la compression digitale faite par un aide exercé, nous n'avons pas perdu de sang.

La tumeur franchement érectile est formée d'un lacis de petits vaisseaux sans direction déterminée. A la suite d'une coupe, elle se vide de la portion liquide du sang qu'elle contenait, et laisse voir un certain nombre de petits caillots oblitérant la lumière de plu-

sieurs vaisseaux, ce qui explique l'irréductibilité. *Diagnostic histologique :* Angiôme.

La malade retourne chez elle et vient se faire panser tous les deux jours. Pas d'accidents consécutifs. Le quatrième jour, les fils métalliques sont enlevés et remplacés par des bandelettes de tarlatane collodionnée. Réunion par première intention. Cicatrisation assez rapide. Le 21 novembre, il ne reste plus qu'un petit point en voie de cicatrisation, on fait un dernier pansement à la ouate sèche.

Obs. DVII. — *Myxôme développé au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche. Ablation avec le bistouri.* — Emma Smith, quarante-deux ans, garde-malade, se présente à la clinique du 10 juin 1877. Il y a dix-huit mois, apparition, dans le premier espace inter-métacarpien de la main gauche, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, d'une tumeur du volume d'une lentille. Développement rapide, sans douleur; mais gêne des mouvements de préhension.

10 *juin.* — Tumeur du volume d'un œuf de pigeon, de forme assez régulièrement sphérique, faisant saillie sous la peau, dans le premier espace intermétacarpien.

Peau amincie, distendue, sans changement de coloration, reprenant ses caractères normaux du côté de l'implantation ; elle est parcourue par quelques vaisseaux superficiels. Lorsqu'on place la tumeur devant la lumière, on constate qu'elle présente une transparence liquide appréciable dans toute sa masse.

Au toucher, consistance franchement solide, dure, élastique, rappelant celle de l'enchondrôme ou des tumeurs fibro-cartilagineuses.

La tumeur est sous-cutanée et semble s'implanter sur l'aponévrose à laquelle elle adhère assez intimement. La gêne considérable qui résulte de la présence de cette tumeur, son développement rapide et continu conduisent la malade à en demander l'ablation.

10. — La malade n'est pas endormie. Incision elliptique à la surface de la tumeur, énucléation facile. Les adhérences profondes sont détruites à l'aide du bistouri.

De cette ablation résulte une perte de substance dont les lèvres sont rapprochées et maintenues au moyen de bandelettes de tarlatane collodionnée. Nous avons pris soin de ne pas intéresser l'artère collatérale. Pas d'hémorrhagie. Pansement avec l'eau alcoolisée. La malade se soignera chez elle.

La tumeur présente une transparence et un aspect gélatineux. Mais sa consistance est réellement solide. Après la coupe, les surfaces de section deviennent convexes.

Diagnostic histologique : Myxôme.

Obs. DVIII. — *Enchondrôme développé à la racine du médius droit.* — Saboul (Marie), trente-neuf ans, journalière, entre le 13 mars 1878, salle Sainte-Marthe, 44.

Pas d'hérédité, femme maigre, mais bien musclée et fortement constituée. Menstruation régulière depuis l'âge de seize ans ; a eu cinq enfants, dont trois sont vivants et bien portants, les deux autres sont morts en bas âge, de convulsions. Jamais de maladies graves. Il y a deux ans et demi, sans causes connues, elle vit apparaître à la racine du médius droit, du côté antéro-externe, une petite tumeur, du volume d'un grain de millet, profondément située, ferme, indolente. Cette tumeur se développa très lentement, s'étendit peu à peu vers la face palmaire du doigt, l'occupa tout entière en soulevant la peau, sans jamais provoquer de douleur, n'empêchant pas la malade de travailler, déterminant seulement un peu de gêne dans les mouvements de flexion du médius.

Depuis un mois, l'évolution de la petite production morbide a complètement changé de caractère ; le volume s'est accru tout d'un coup, en immobilisant rapidement le doigt dans l'extension, mais en conservant toutefois son indolence. La malade effrayée demande à entrer à l'hôpital.

La face palmaire de la première phalange est déformée par une tumeur du volume d'une châtaigne qui s'étend de l'articulation métacarpo-phalangienne à l'articulation de la première phalange avec la seconde ; transversalement, elle déborde la face antérieure du doigt, pour faire sur les côtés une légère saillie dans l'espace interdigital correspondant. Sa surface est recouverte de petites bosselures très nettes bien limitées, à surface convexe, d'un volume variant de celui d'un grain de chènevis à celui d'un pois.

La peau soulevée ne paraît pas très distendue, elle a conservé sa coloration normale, et son intégrité. Pas de vascularisation anormale ; elle s'applique sur la tumeur dont elle dessine la forme, les saillies et les dépressions, sans toutefois se confondre avec elle.

Au toucher, consistance ferme, solide, un peu élastique, mais ne rappelant pas la dureté du tissu fibreux. Le tendon fléchisseur est complètement entouré par la petite masse qui lui forme une sorte d'anneau, néanmoins il se déplace sans l'entraîner avec lui d'une façon notable ; elle paraît plutôt appartenir à la phalange dont elle suit les mouvements. Nous portons le diagnostic : Chondrôme (?)

13 *mars*. — Chloroforme. La main étant étalée, les doigts écartés du médius et celui-ci dans l'extension, nous faisons sur son côté externe une incision longitudinale, qui intéresse du même coup la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Cette incision est destinée à nous montrer si la tumeur est indépendante du tendon et de sa

gaîne, auquel cas, nous en pratiquerions l'ablation par dissection en conservant le doigt. Si au contraire ces organes sont intéressés, si, comme nous le pensons, la tumeur se prolonge entre le tendon et l'os, nous ferons, pour des raisons que nous donnons plus loin, la désarticulation métacarpo-phalangienne.

Nous ne tardons pas à nous convaincre qu'il est impossible d'enlever la tumeur, sans compromettre à la fois la gaîne tendineuse et le tendon lui-même. Pour ce motif nous faisons la désarticulation métacarpo-phalangienne par la méthode à deux lambeaux latéraux.

Nous plaçons à la partie déclive, entre les lambeaux, une petite mèche, et nous faisons la juxtaposition des surfaces. Deux pinces hémostatiques placées sur les vaisseaux ont pu être enlevées immédiatement.

Coupe de la tumeur : Sur une coupe longitudinale, on voit que la tumeur enveloppe complètement le tendon, à la gaîne duquel elle adhère intimement. Elle s'implante profondément sur le périoste et se prolonge entre l'os et le tendon.

La coloration du tissu morbide est d'un blanc grisâtre, moins bleuâtre que ne l'est d'ordinaire le fibro-cartilage ; il est peu vasculaire, dur, peu élastique ; il rappelle plutôt l'aspect du tissu adénoïde que du chondrôme.

Pas de réaction fébrile. Pas d'accidents consécutifs. Les lambeaux furent maintenus en rapport à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnées. Pansements avec la charpie imbibée d'eau alcoolisée phéniquée.

La cicatrisation s'effectue rapidement et régulièrement, elle est complète le 29 mars 1878, quand la malade quitte l'hôpital.

Obs. DIX. — *Sarcôme fibro plastique sous-cutané, de la face dorsale de la main gauche.* — Legros (E.), cinquante-trois ans, maçon, se présente à la clinique du 18 mai 1878.

Sujet robuste. Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, syphilitiques ou tuberculeux. Bonne santé habituelle.

Il y a vingt ans, il remarqua sous la peau qui recouvre la face dorsale du premier espace interosseux de la main gauche, une tumeur du volume d'un pois, dure, mobile, complètement indolente. Cette tumeur s'est développée lentement et progressivement sans déterminer ni douleur, ni gêne dans les mouvements de la main et des doigts. Depuis un an son évolution a été plus rapide, elle a notablement augmenté de volume, sans déterminer toutefois d'autres accidents que la déformation. Cet accroissement rapide inquiète le malade et le décide à entrer à l'hôpital.

18 *mai.* — La face dorsale de la main gauche est déformée par une tumeur du volume d'un œuf de poule, occupant en longueur et

en largeur tout l'espace qui sépare le premier du second métacarpien. Pas de bosselures apparentes. La peau est soulevée, un peu tendue, mais ne présente ni amincissement, ni changement de coloration. Quelques veines légèrement dilatées rampent sous sa face superficielle. A la partie la plus saillante de la tumeur elle offre une petite cicatrice rosée, déprimée, dont le malade ne peut expliquer l'origine. Au toucher, consistance dure, solide, franchement fibreuse. La tumeur est complètement indépendante de la peau qui glisse en tous sens à sa surface, elle est aussi très mobile par sa face profonde et ne contracte aucune adhérence avec les gaînes tendineuses des extenseurs. Le pouce et l'index accomplissent facilement tous leurs mouvements sans que la tumeur subisse de déplacement.

Pas de douleurs spontanées ou à la pression, le malade a pu jusqu'ici travailler sans aucune gêne.

Nous portons le diagnostic : *Fibrôme sous-cutané.*

Pas de chloroforme. Incision de la peau parallèle au grand axe de la tumeur, qui est munie d'une enveloppe propre d'apparence fibreuse ; elle envoie par sa périphérie quelques tractus celluleux lâches qui l'unissent aux parties voisines. Enucléation facile. Sur une coupe, tissu manifestement fibroïde ; on distingue nettement la direction des faisceaux de fibres. *Diagnostic histologique :* Sarcôme fibro-plastique.

L'opération terminée, les bords de la plaie sont maintenus rapprochés à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnées. Pansement avec la charpie imbibée d'eau alcoolisée phéniquée. Le malade retourne chez lui où il sera pansé par son médecin.

§ V

MEMBRE INFÉRIEUR.

Les observations les plus intéressantes de ce paragraphe se trouvent dans les régions de la fesse, de l'aine et de la cuisse.

Signalons dans la première celle qui porte le n° DXII. « Certaines tumeurs fibro-plastiques, disions-nous dans une de nos leçons de 1878, et ce ne sont pas les plus bénignes, contiennent tant de tissu graisseux qu'on les a prises souvent pour de simples fibro-lipômes. Une telle méprise est fâcheuse surtout pour le pronostic. Qu'un chirurgien la com-

mette, qu'il s'empresse de rassurer le malade et la famille après l'ablation d'une tumeur de cette espèce, il verra trop souvent ses prévisions trompées et la récidive sur place arriver au bout d'un temps fort court. » C'était exactement le cas pour la jeune fille de l'observation que nous venons de rappeler : la tumeur enlevée la première fois avait l'aspect d'un fibro-lipôme intermusculaire partant du pannicule graisseux sous-cutané. Malgré cet aspect bénin, nous fîmes de sérieuses réserves relativement au pronostic; la suite en a montré la légitimité, puisque malgré des ablations successives, la tumeur a fini par envahir les parties profondes et enlever la malade.

« Le diagnostic des tumeurs profondes, intra-musculaires de la cuisse, présente une véritable difficulté, disions-nous à propos du kyste hydatique de l'obs. DXXVI; la moindre erreur que l'on puisse faire est de les croire solides, quand ce sont, par exemple, des kystes à parois épaisses et fortement distendues, et liquides dans les cas de certains lipômes ou de produits d'autre nature infiltrés au milieu des éléments musculaires dont ils partagent la mobilité. On perd, en raison de cette situation profonde, un des éléments les plus précieux de diagnostic : la consistance. Il faut faire l'examen avec une grande prudence, et se mettre en garde, en particulier, contre cette sensation de fausse fluctuation fournie par les muscles, lorsqu'on les palpe dans le sens transversal. Il est bon de se rappeler le principe de Nélaton : « Fixer les muscles et rechercher la fluctuation dans le sens vertical. » Dans le cas de tumeurs liquides, il faut songer aux abcès froids et aux kystes hydatiques. Les abcès froids se développent surtout chez des scrofuleux, et sont souvent le symptôme d'une altération des vertèbres ou des os iliaques. En cas d'intégrité de ces os, les abcès froids sont idiopathiques. Nous ne trouvons rien chez notre malade qui nous autorise à songer à ces lésions. Quant aux kystes hydatiques, il faut y penser sérieusement, car s'ils ne sont pas aussi communs à la cuisse que certaines tumeurs, il est encore assez fréquent de les y rencontrer. Ils ne sont pas fluctuants et présentent une dureté due à la distension

de leurs parois. Il est difficile d'y percevoir le frémissement hydatique à cause de leur profondeur et de la mobilité des muscles au milieu desquels ils se sont développés. On n'arrivera donc à en faire le diagnostic que par exclusion, ou plus simplement en faisant une ponction exploratrice. »

A côté de ces données nous rappellerons ce que nous disions ailleurs à propos du diagnostic différentiel des grosses tumeurs fibro-plastiques de la cuisse. « Les kystes hydatiques intra-musculaires peuvent exposer à une méprise, car ils ne sont pas fluctuants et présentent une véritable dureté due à l'extrême distension de la poche. Le plus souvent, il est très difficile de fixer solidement ces tumeurs à cause de leur profondeur et de la mobilité des muscles auxquels elles adhèrent, de sorte que l'on peut rarement percevoir le frémissement hydatique. Dans quelques cas, ils s'enflamment et deviennent douloureux. Comme les sarcômes, ils sont faciles à circonscrire, tout au moins dans leur partie superficielle; comme eux, ils semblent faire corps avec les faisceaux musculaires; de sorte que le simple examen des caractères physiologiques est souvent insuffisant pour faire le diagnostic. Mais leur développement est en général plus rapide, leur forme plus globuleuse, leur consistance plus uniforme. »

Nous n'insisterons pas ici sur les affections du membre inférieur, tout ce qui se rapporte à un certain nombre d'entre elles a été exposé et discuté avec le plus grand soin dans quelques-unes de nos leçons (Vol. de 1875. 12e leçon).

1° Fesse.

Obs. DX. — *Anthrax de la fesse. Incision cruciale. Guérison.* — Brunier (Richard), quarante-un ans, doreur sur bois, entre le 11 mai 1877, salle Saint-Augustin, 76.

Homme d'une bonne constitution, n'ayant point eu de maladies graves, n'ayant jamais fait d'excès. Au mois d'août 1876, s'est développé, au niveau et à droite de la dernière vertèbre lombaire, un anthrax qui a été ouvert cinq semaines après le début et dont la guérison a été complète en vingt-cinq jours. Aujourd'hui, on voit la cicatrice offrant une teinte rose violacée.

Dans les premiers jours d'avril, nouvel anthrax au niveau du grand trochanter (côté droit); compresses imbibées d'eau de sureau; ouverture spontanée. Aujourd'hui cicatrisation presque complète.

Il y a douze jours, aux points correspondant aux deux ischions, sont apparus deux autres anthrax. Tumeur du volume d'un petit œuf de poule, dure, douloureuse à la pression. Peau rouge à la surface. Exagération de la chaleur.

Le malade a de la fièvre, ne peut manger, ni dormir; élancements. Décubitus dorsal et position assise impossibles. Cataplasmes.

14 *mai*. — La tumeur est très ramollie à son sommet; la pression provoque l'écoulement de gouttelettes de pus. Cataplasmes.

17. — Incision cruciale.

23. — Le malade quitte le service, presque guéri.

Obs. DXI. *Petit fibrôme sous-cutané douloureux du pli fessier gauche. Ablation.* — Giraud (Octavie), cinquante-quatre ans, lingère, entre le 19 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 32.

Pas d'hérédité. Forte constitution. Pas de maladies graves antérieures. Réglée à onze ans. Menstruation irrégulière jusqu'à quinze ans; deux enfants, dont l'un est mort à la suite d'une angine, à l'âge de cinq ans. Il y a un an, elle ressentit vers la partie moyenne du pli fessier gauche des douleurs vives, contusives, s'irradiant vers la fesse et la face postérieure de la racine de la cuisse. En portant la main dans la région, elle sentit un noyau dur, solide, du volume d'un pois, sous-cutané mais non adhérent à la peau. Cette petite tumeur s'est développée lentement, en devenant tellement douloureuse, que la malade ne peut plus s'asseoir.

19 *novembre*. — A la partie moyenne du pli fessier gauche, on voit une saillie mamelonnée, du volume d'une aveline, bien circonscrite. La peau qui la recouvre est tendue, amincie, un peu bleuâtre. Pas de travail inflammatoire, ni œdème, ni vascularisation anormale. Au toucher la tumeur est dure, solide, non fluctuante, de consistance fibro-graisseuse. Elle est située au milieu du tissu cellulo-adipeux sous-cutané, indépendante de la peau, mais adhérente à l'aponévrose. Les douleurs sont tellement vives que nous ne pouvons refuser à la malade l'opération qu'elle demande. Il s'agit d'un de ces fibrômes douloureux connus sous le nom de tubercules sous-cutanés douloureux de Dupuytren.

27 *novembre*. — Chloroforme. Nous faisons au niveau de la tumeur une incision parallèle au pli fessier et arrivons sur la petite tumeur qui fait immédiatement saillie entre les lèvres de la plaie. Nous l'excisons à l'aide du bistouri, ainsi que plusieurs petits pelotons graisseux hypertrophiés et disposés en forme de grappe. L'opération terminée, nous rapprochons les lèvres de la plaie, à l'aide de deux fils métalliques. Pansement alcoolisé et ouaté. Sur une coupe,

la tumeur est formée d'une trame fibreuse dont les mailles renferment du tissu adipeux. Deux pinces hémostatiques laissées pendant vingt-quatre heures dans la plaie suffisent pour prévenir toute hémorrhagie. A la suite de l'opération, les douleurs spéciales que déterminait la tumeur disparurent, mais plusieurs petits abcès superficiels se formèrent successivement au voisinage de la plaie, qui en retardèrent la cicatrisation.

Obs. DXII. *Sarcôme de la fesse droite. Ablations et récidives successives. Mort dans le marasme.* — Barreau (Louise), vingt et un ans, demoiselle de magasin, entre le 15 octobre 1877, salle Sainte-Marthe, 39.

Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, vénériens ou tuberculeux. Bonne santé dans l'enfance. Réglée régulièrement depuis treize ans jusqu'à dix-huit et demi. Depuis cette époque la menstruation est irrégulière, peu abondante. Pas de leucorrhée. Nullipare. Il y a quatre ans et demi, elle remarqua accidentellement qu'elle portait à la partie inférieure et externe de la fesse droite une tumeur sous-cutanée du volume d'un œuf de pigeon, dure, mobile sous la peau et complètement indolente. Cette tumeur se développa lentement et progressivement sans retentir sur l'état général. Il y a deux ans et demi, la tumeur fut enlevée dans notre service, elle avait alors le volume d'un gros œuf de poule, et siégeait dans l'intervalle qui s'étend du grand trochanter à l'ischion. La cicatrisation fut rapide et la malade reprit ses travaux. Mais au bout d'un an, une nouvelle tumeur apparut à la partie supérieure de la cicatrice ; elle évolua plus rapidement que la première dont elle avait les caractères. Elle fut enlevée par le bistouri, il y a dix mois. Depuis quatre mois, nouvelle récidive sur la cicatrice ; la tumeur a fait en peu de temps des progrès considérables, s'étendant en largeur et en profondeur, et déterminant des douleurs vives, lancinantes, continues et exacerbantes, exagérées par la pression et par les mouvements, à tel point que la malade garde autant que possible le repos au lit. En même temps, l'état général s'est profondément altéré ; la malade maigrit et perd ses forces ; anémie extrême.

15 *octobre.* — La fesse droite est en quelque sorte totalement envahie par la production sarcomateuse. Le tissu de cicatrice, trace des précédentes opérations, est ulcéré dans la plus grande partie de son étendue. L'ulcération est recouverte de gros bourgeons charnus, rouges ou violacés, assez fermes, peu saignants ; dans les interstices de ces productions fongueuses, on trouve un liquide puriforme, jaunâtre ou coloré en brun par du sang. Il existe en outre deux tumeurs sous-cutanées du volume d'un œuf de poule, siégeant, l'une dans l'épaisseur du grand fessier au-dessous de la partie moyenne de la crête iliaque, l'autre au niveau du grand trochanter. La peau qui

recouvre la première de ces tumeurs est tendue, luisante, mais a conservé son épaisseur et sa coloration normales. Elle laisse voir par transparence des veines sous-cutanées bleuâtres, dilatées, rayonnant dans tous les sens à la base de la tumeur. Au toucher, celle-ci adhère intimement au muscle dans l'épaisseur duquel elle paraît développée, elle est de même adhérente à la peau. La tumeur trochantérienne est plus superficielle, plus saillante, la peau qui la recouvre est amincie, distendue, violacée et sur le point de s'ulcérer. Comme sur la tumeur précédente, elle laisse voir par transparence des veines sous-cutanées variqueuses et dilatées, mais elle présente en outre de fins capillaires arborisés de nouvelle formation. Les ganglions inguinaux du côté droit sont volumineux, indurés, mais encore indépendants les uns des autres et mobiles sous la peau. Les désordres sont arrivés à un tel degré que toute tentative d'opération est impossible. Nous avons affaire à une production sarcomateuse ainsi que l'ont démontré les examens histologiques faits à l'époque des deux premières opérations.

20 *octobre*. — La tumeur trochantérienne s'est ulcérée, elle présente la forme d'un énorme champignon fongueux et saignant. Nous plaçons une ligature à la base de la tumeur. Cataplasmes. Traitement général tonique et reconstituant.

25. — Chute de la tumeur; reste une surface ulcérée de 3 centimètres de diamètre sur laquelle on applique de la pâte de Canquoin.

30. — L'ulcération s'étend de proche en proche, la tumeur fessière tend à s'ulcérer. On fait deux fois par semaine des applications de pâtes de Canquoin. Cataplasmes dans les intervalles. La malade se cachectise de jour en jour.

6 *novembre*. — Suppuration très abondante et fétide. Nous la faisons passer dans nos salles d'isolement.

11. — Mort dans le marasme. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. DXIII. — *Epithélioma développé sur des cicatrices de brûlure à la fesse.* — Béranger (Mélanie), trente-deux ans, couturière, entre le 13 novembre 1878, n° 51, salle Sainte-Marthe.

Pas d'hérédité, ni scrofule, ni tuberculose. Menstruation régulière depuis l'âge de seize ans. Parfois, leucorrhée légère dans les intervalles ; huit grossesses naturelles. A l'âge de six ans, elle est tombée sur des charbons ardents et s'est fait une brûlure profonde à la fesse et à la face postéro-externe de la cuisse droite. Il en résulta une large perte de substance de la peau dont la cicatrisation, extrêmement lente, dura huit ans, au dire de la malade. La rétraction cicatricielle ne détermina aucune gêne de la marche et des mouvements de la cuisse. Il y a quatre ans, la malade eut une variole qui laissa des traces profondes sur le visage. Des pustules varioliques se déve-

loppèrent en grand nombre sur le tissu de cicatrice de la brûlure et donnèrent lieu à des croûtes que la malade arracha. Il en résulta des ulcérations qui, au lieu de cicatriser, s'étendirent de proche en proche et finirent par se confondre en une large surface ulcérée, bourgeonnante, saignant facilement et laissant suinter continuellement un liquide ichoreux et purulent. Cette ulcération était indolente, mais empêchait la malade de marcher et de s'asseoir. Il y a deux ans et demi, un champignon fongueux fut enlevé, en ville. Cette opération n'entrava nullement la marche envahissante de l'ulcération; presque tout le tissu de cicatrice fut progressivement détruit; aussi la malade effrayée demande-t-elle à entrer à l'hôpital.

13 *novembre.* — On voit sur la partie inférieure de la fesse droite et la face postéro-externe de la racine de la cuisse du même côté, une ulcération irrégulièrement triangulaire, à base supérieure et à sommet inférieur, mesurant 17 centimètres de hauteur et 13 centimètres de largeur au niveau de la base. Celle-ci s'étend du bord antérieur du grand trochanter au voisinage de l'ischion. L'extrémité inférieure descend sur la cuisse, plus bas que le pli fessier. Le fond de l'ulcération est d'un rouge vif, uniforme, il est recouvert de gros bourgeons charnus, végétants, qui saignent facilement et laissent suinter un liquide ichoreux, caractéristique. Les anfractuosités qui séparent ces fongosités sont remplies de détritus purulents et épithéliaux jaunâtres. Les bords sont irréguliers, légèrement sinueux et festonnés, constitués par le tissu cicatriciel de l'ancienne brûlure qui forme à la périphérie de l'ulcération une zone blanchâtre, rayonnée, surtout appréciable à la partie inférieure. Au toucher, la surface ulcérée repose sur une base indurée de même largeur et paraissant dépasser profondément l'épaisseur du derme. L'ulcération est *actuellement le siège de douleurs lancinantes, intermittentes.* Rien dans les ganglions inguino-cruraux ou autres. Rien dans les organes thoraciques et abdominaux. L'état général est loin d'être satisfaisant ; la suppuration continue, des hémorrhagies peu abondantes, mais répétées, à la surface de l'ulcération, ont déterminé l'anémie, la perte des forces et l'émaciation. Nous portons le diagnostic : épithélioma.

23 *novembre.* — Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous circonscrivons l'ulcération par une incision qui passe à un centimètre et demi au delà des bords et comprend, en profondeur, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Nous disséquons ensuite ce vaste lambeau par sa face profonde, en ayant soin de dépasser les limites du mal. Nous reconnaissons ainsi que la dégénérescence épithéliale n'a pas atteint l'aponévrose et les muscles sous-jacents. Douze pinces hémostatiques ont été appliquées sur les vaisseaux pendant l'opération, quatre seulement sont laissées en place pendant vingt-quatre

heures. Pansement à plat avec la tarlatane imbibée d'eau alcoolisée phéniquée.

Diagnostic histologique : épithélioma.

24. — T M = 38°. S = 38°6. — P = 92. On enlève les pinces, pas d'hémorrhagie. Même pansement que la veille. La malade souffre peu.

25. — T M = 37°,4. S. = 38°. — P = 98. La malade mange avec appétit.

26. — Température normale. Suppuration modérée.

10 *décembre*. — La malade va bien, appétit normal, sommeil calme. Va à la selle par des lavements.

19. — On fait une greffe épidermique au centre de la surface granuleuse de la plaie.

23. — La greffe a pris. Plaie de bel aspect, cicatrisation lente, mais régulière.

27. — On fait quatre nouvelles greffes épidermiques que l'on prend sur le mollet gauche.

1er *janvier* 1879. — Pansement par occlusion à l'aide de bandelettes de diachylon imbriquées, qu'on renouvelle tous les deux jours.

6. — Deux greffes seulement ont pris et s'irradient du centre vers la circonférence de la plaie. Celle-ci a bon aspect et diminue d'étendue tous les jours. Des croûtes de rupia se sont développées sur le mollet gauche aux points où l'on a pris les greffes. Cataplasmes d'amidon.

15. — Les croûtes de rupia sont tombées sans laisser de cicatrices.

2 *février*. — La plaie a diminué de moitié, il ne reste plus qu'une zone annulaire entourant les greffes épidermiques. La malade se lève depuis quelques jours. Lorsqu'elle reste quelque temps debout, elle a de l'œdème du pied et de la jambe.

17. — Deux petits abcès se sont ouverts l'un à 2 centimètres au-dessous, l'autre à 1 centimètre au-dessus de la plaie et donnent lieu à de petites plaies.

24. — Cicatrisation presque complète, la malade demande à retourner chez elle.

2° Aine.

Obs. DXIV. — *Furoncles de l'aine et de la jambe.* — Beosiquart (Michel), quarante-cinq ans, journalier, entre le 6 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 14.

Homme vigoureux, d'une bonne santé habituelle. Il a vu apparaître, il y a quinze jours, sans cause connue, une petite grosseur du volume d'une noisette à la cuisse droite. Cette petite tumeur a grossi progressivement, occasionnant de la gêne et des douleurs locales

assez vives. Depuis huit jours, une autre semblable est apparue à la face interne de la jambe.

On constate, à son entrée dans le service, une petite tumeur siégeant à la face interne de la cuisse droite, à deux travers de doigt au-dessous du pli de l'aine et vers sa partie médiane. Tumeur du volume d'un œuf de pigeon, arrondie, acuminée, rouge, avec base indurée et rosée. Sur le sommet de la tumeur, on remarque un point blanchâtre. La peau est rouge. Fluctuation manifeste au sommet de la tumeur. Vers l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur de la face interne de la jambe correspondante, on remarque une petite tumeur présentant le même aspect, du volume d'une noisette. Pas de ganglions inguinaux ni de traînées lymphatiques, pas de plaie du pied. État général bon : pas de symptômes généraux. L'examen des urines ne révèle rien de particulier.

7 *décembre*. — Ouverture du furoncle de la racine de la cuisse. Pus et bourbillon. Cataplasmes. Petite incision sur le sommet du second furoncle.

12. — Guérison. Le malade quitte le service.

Obs. DXV. — *Abcès de l'aine gauche.* — Deldon (Victor), quarante-un ans, maréchal-ferrant, entre le 7 janvier 1878, au n° 6 de la salle Saint-Augustin.

Sujet fort, vigoureux, sans antécédents pathologiques ou syphilitiques.

Il y a trente-cinq jours, il a porté un madrier très lourd qu'il appuyait sur l'aine du côté gauche. Quelques jours après, il remarquait une petite tumeur du volume d'une noix, roulant sous le doigt qui augmentait rapidement et devenait douloureuse. Dix jours après, elle avait le volume d'un gros œuf de poule; le travail, la marche, exagéraient la douleur ; la nuit, le malade faisait une application de cataplasmes. A partir du 3 janvier, les souffrances étaient telles qu'il dut suspendre ses occupations, et le 7, il entrait à l'hôpital.

La région inguinale droite présente une tumeur oblongue, du volume d'un œuf de poule à grosse extrémité dirigée en bas et en dedans. La peau est rouge, amincie, luisante, chaude. Douleur à la pression; fluctuation manifeste. Pas de fièvre, état général bon. Appétit et sommeil un peu diminués. Le premier jour, on applique des cataplasmes. Le second, on fait une ponction avec un trocart courbe et l'on passe au travers des deux ouvertures un tube à drainage. La ponction a donné issue à une certaine quantité de pus. Cataplasmes et injections dans le tube avec de l'eau alcoolisée.

10 *janvier*. — Le malade va bien; très peu de suppuration.

12. — La guérison est à peu près complète, le malade se lève depuis hier et marche sans éprouver de gêne.



17. — On enlève le drain. Compresses d'alcool camphré, injections de teinture d'iode. Le 25, sortie.

Obs. DXVI. — *Abcès par congestion de l'aine, à la racine de la cuisse. Mal de Pott (trois dernières vertèbres dorsales). Kyste à grains riziformes du poignet.* — Pigeard (Pauline), vingt et un ans, couturière, entre le 5 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 37.

Formes et taille grêles. Scrofule. Adénite cervicale dans l'enfance, variole en 1871. Réglée irrégulièrement, depuis un an seulement. Depuis deux ans, douleurs sourdes et faiblesse très marquée dans les régions dorsale et lombaire.

Dépression au niveau des apophyses épineuses des trois dernières vertèbres dorsales ; saillies des apophyses des vertèbres situées au-dessus et au-dessous. La colonne dorsale est légèrement déviée à droite. Douleurs variables, quelquefois très vives dans les régions dorsale et lombaire, s'exagérant par la pression sur les apophyses épineuses des trois dernières dorsales. Si l'on appuie fortement sur les épaules, la malade ressent les mêmes douleurs. Fatigue rapide dans la marche et la station verticale. Difficulté et douleurs dans les mouvements de flexion du tronc. Affaiblissement notable des membres inférieurs, surtout du gauche. La sensibilité et les mouvements sont conservés. Rien du côté des organes splanchniques. Depuis huit mois, développement d'une tumeur dans la région inguinale gauche, sans altération de la peau ; elle a aujourd'hui le volume du poing, est molle, fluctuante, en partie réductible. Le pus remonte dans le petit bassin, en passant au-dessous de l'arcade crurale. Aucune douleur locale, mais sentiment de gêne et de pesanteur. Traitement général : huile de foie de morue; sirop d'iodure de fer, bains sulfureux. La malade porte un corset mécanique destiné à ce double but : immobilisation de la colonne vertébrale, et transmission directe du poids de la moitié supérieure du tronc aux hanches sur lesquelles le corset prend un point d'appui.

La malade est en outre affectée depuis dix-huit mois, d'un kyste de la gaîne synoviale commune des tendons fléchisseurs de la main gauche; il est étranglé en forme de bistouri au niveau du ligament annulaire du carpe. La portion qui se trouve au-dessus de ce ligament a le volume d'une grosse noix; celle qui répond à la face palmaire du carpe envoie un prolongement dans la gaîne du fléchisseur propre du pouce. Fluctuation manifeste, sensation de bruit d'amidon révélant la présence de grains riziformes. Par la pression, il est facile de faire passer le liquide d'une poche dans l'autre. La peau a conservé ses caractères normaux ; aucune trace d'accidents inflammatoires. Pas de douleurs. Un peu d'engourdissement des doigts. Mouvements du poignet conservés.

9 *mai.* — Ponction avec un bistouri à lame étroite. Il sort une

grande quantité de grains riziformes. On vide le kyste autant que possible en pressant sur la poche.

Compression consécutive au moyen de rondelles d'amadou, pendant dix jours. La malade enlève son appareil pendant cinq jours, ne conservant qu'une compression insignifiante. Le liquide se reproduit en partie ; on rétablit la compression et la malade quitte le service le 22 juin.

27 *octobre*. — La malade revient à l'hôpital, le kyste synovial s'est reproduit, mais au lieu de former, comme la première fois, une tumeur en bissac étranglée par le ligament annulaire du carpe, il est aujourd'hui localisé à la gaîne du fléchisseur propre du pouce ; son volume est celui d'un petit œuf de poule, bruit d'amidon à la pression. Nous faisons une nouvelle ponction qui donne issue à une trentaine de grains hordéiformes adhérents aux parois du kyste et gros comme des grains de riz gonflés par la coction, ainsi qu'à un liquide épais, visqueux et incolore. L'orifice de la plaie est ensuite recouvert d'une couche de collodion et nous faisons la compression méthodique à l'aide de rondelles d'amadou superposées et de ouate.

3 *novembre*. — L'appareil s'est déplacé ; le liquide ne s'est pas reproduit, nous replaçons le pansement compressif.

Obs. DXVII. — *Tumeur ganglionnaire de la région inguinale. Ablation par le bistouri. Guérison.* — Lefèvre (Agathe), vingt et un ans, journalière, entre le 12 février 1877, salle Sainte-Marthe, 48.

Réglée à quinze ans, menstruation irrégulière, ni enfant, ni fausse-couche. Il y a un an, elle eut, en l'espace de deux mois, trois métrorrhagies abondantes qui l'ont beaucoup affaiblie ; le sang était mélangé de caillots. Anémie, constitution scrofuleuse, maux d'yeux, gourme et adénite cervicale dans l'enfance. Il y a deux ans, elle remarqua dans la région inguinale droite, une tumeur du volume d'une noisette, dure, indolente, mobile sous la peau. Cette tumeur s'est développée progressivement, en restant indolente, mais depuis un mois, elle est devenue le siège de douleurs sourdes, peu accentuées, et gêne considérablement la malade pendant la marche et le travail.

12 *février*. — La plus grande partie du triangle de Scarpa est envahie par une tumeur, qui mesure en hauteur 12 centimètres à partir de l'arcade crurale, et qui s'étend transversalement de la grande lèvre droite avec laquelle elle semble se continuer, jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Elle forme dans la région un relief de 3 centimètres. La peau qui la recouvre a conservé sa coloration normale et son intégrité, mais elle est soulevée par des bosselures du volume d'une noisette chacune, auxquelles elle semble adhérer. Pas d'œdème inflammatoire, pas de vaisseaux dilatés ou de nouvelle formation. Au toucher, la tumeur

est dure, élastique, d'une consistance homogène qui rappelle celle de l'hypertrophie ganglionnaire. Sa surface est très irrégulière, recouverte de bosselures larges, assez régulièrement convexes, séparées par des anfractuosités peu profondes, et adhérentes au tissu cellulaire et à la peau en plusieurs points. Aucun point ramolli ou fluctuant ; la tumeur est irréductible, et jouit d'une certaine mobilité sur les couches profondes. Douleurs spontanées peu accentuées; la pression détermine une douleur vague, mal localisée. En un mot, la tumeur présente tous les caractères d'une masse de ganglions hypertrophiés et agglomérés. Nous ne trouvons rien dans les ganglions des autres régions, sinon dans la région sterno-mastoïdienne droite, ou existe un chapelet ganglionnaire profond inaccessible à la vue, mais très appréciable au toucher. Ces ganglions ont le volume d'une fève et offrent une consistance ferme, analogue à celle de la tumeur inguinale. Rien d'appréciable du côté de la rate ou du foie. Iodure de potassium. Huile de foie de morue, vin de quinquina et badigeonnages de teinture d'iode sur les régions cervicale et inguinale droite.

20 *février*. — Le chapelet ganglionnaire cervical n'est pas sensiblement modifié, mais la tumeur inguinale a subi en huit jours des changements notables. Son sommet s'est acuminé, la peau est rouge, chaude, amincie ; peu d'œdème, mais fluctuation très nette au centre de la masse morbide. La consistance même de la périphérie est plus molle qu'au moment du premier examen. La mobilité sur les couches profondes a complétement disparu. Les douleurs sont vives, lancinantes, et s'exagèrent notablement à la pression. Ces modifications nous déterminent à pratiquer l'ablation de la tumeur.

3 *mars*. — Chloroforme ; nous faisons parallèlement au pli de l'aine une longue incision à la surface de la tumeur, et nous tombons dans une poche qui contient une grande quantité de pus. Nous la vidons le plus possible ; puis nous détruisons, par dissection, les adhérences de la peau à la coque fibreuse qui emprisonne la masse ganglionnaire, en plaçant des pinces hémostatiques sur les vaisseaux saignants. Toute la surface de la tumeur étant mise à nu, nous faisons écarter les lèvres de la plaie au moyen de rétracteurs, et nous pratiquons l'énucléation à l'aide du doigt et de la spatule. Il n'existe aucun prolongement du côté du faisceau vasculo-nerveux et l'opération s'achève rapidement sans accident ; deux pinces hémostatiques sont laissées dans la plaie pendant vingt-quatre heures. Rapprochement des bords de l'incision, à l'aide de bandelettes collodionnées. Un drain est glissé à la partie déclive. Pansement alcoolisé et ouaté compressif maintenu par un spica de l'aine.

4 *mars* et jours suivants. — Rien à noter. Pas de réaction fébrile. Suppuration peu abondante. Appétit et sommeil normaux.

10. — Le tiers supérieur de la plaie est réuni. Répression par le nitrate d'argent de bourgeons charnus exubérants qui recouvrent les deux tiers inférieurs. Même pansement et lavages alcoolisés.

30. — Cicatrisation presque complète, la malade demande à partir. Les ganglions du cou n'ont pas augmenté de volume. La malade continuera chez elle son traitement interne : iodure de potassium, huile de foie de morue, vin de quinquina.

Diagnostic histologique : lymphadénôme.

Obs. DXVIII. — *Lipômes de l'aine.* — Hue (Henri), trente-cinq ans, chapelier, entre le 18 novembre 1878, salle Sainte-Marthe, 25.

Ce malade est déjà entré à plusieurs reprises dans nos salles pour des lipômes multiples et disposés symétriquement à la nuque, dans la région sus-hyoïdienne et dans les régions inguinales. Le début de ces tumeurs remonte à deux ans et demi. Elles ont été traitées par les fondants sans résultats sensibles. Elles avaient diminué lors du dernier séjour du malade dans nos salles, mais depuis sa sortie elles ont de nouveau augmenté de volume. Pendant longtemps, ces tumeurs n'ont occasionné d'autres inconvénients que la difformité ; mais aujourd'hui les tumeurs inguinales le gênent considérablement dans la station assise, aussi demande-t-il à entrer à l'hôpital.

18 *novembre.* — Les régions inguinales sont déformées par des tumeurs disposées symétriquement, et offrant sensiblement les mêmes caractères et le même volume ; elles forment de chaque côté de la région pubio-pénienne, des saillies comparables dans une certaine mesure à celles des fesses. Chacune de ces tumeurs s'étend obliquement de l'épine iliaque antérieure et supérieure au cordon spermatique correspondant. Elles ont le volume d'œufs d'autruche, leur forme est ovoïde à grosse extrémité inférieure. Leur longueur est de 17 centimètres, leur hauteur de 12. Leur surface est lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. La peau qui les recouvre a conservé ses caractères et ne présente ni changement de coloration, ni vascularisation anormale. Au toucher, on ne trouve que des adhérences celluleuses lâches avec les tumeurs qui sont placées immédiatement au-dessous d'elles. La consistance de ces productions est mollasse, faussement fluctuante, lipomateuse caractéristique. Leurs limites, à la périphérie, sont diffuses ; elles semblent se continuer insensiblement avec le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains ; indolence complète, mais gêne considérable dans la flexion forcée des cuisses, ainsi que dans la station assise. Cette gêne est tellement accentuée du côté gauche que le malade demande avec instance à être débarrassé de la tumeur de ce côté.

29. — Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous faisons paral-

lèlement au pli de l'aine, une incision qui comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, en prenant soin de ménager toutes les veines sous-cutanées. Nous tombons alors sur le lipôme qui n'est pas enkysté, mais dont l'énucléation est néanmoins assez facile. Nous l'isolons par voie de décollement dans la plus grande partie de son étendue, sinon au niveau de son bord inférieur d'où part un prolongement que traverse la veine saphène interne. En ce point nous pratiquons avec soin la dissection, de manière à ne pas blesser ce vaisseau. L'ablation de la tumeur a pu être faite sans que le malade perde une goutte de sang, l'emploi des pinces hémostatiques n'a pas été nécessaire. L'opération terminée, les lèvres de la plaie sont réunies dans les deux tiers externes à l'aide de dix points de suture métallique. Nous laissons seulement à la partie déclive, une ouverture suffisante pour le passage d'un drain et les lavages. Pansement alcoolisé phéniqué.

30. — TM = 38°. S = 38°,6. — P = 98.

Nausées et vomissements dus au chloroforme. Pas d'appétit. Injections alcoolisées phéniquées par le tube à drainage, pansement de même nature. Pas d'hémorrhagie. Peu de douleurs.

1er *décembre*. — TM = 37°,6. S = 37°,4. — P = 98.

Le malade se trouve mieux : mange avec appétit. Même pansement.

2. — Température normale. Suppuration modérée.

7, 8 et 9. — On enlève les fils, la réunion est obtenue au tiers externe de la plaie ainsi qu'au tiers interne où il n'existe plus qu'un orifice livrant passage au drain ; mais au tiers moyen les lèvres de la plaie ne sont pas réunies. Bandelettes de tarlatane collodionnées. Suppuration modérée.

23. — La cicatrisation est presque complète, le malade demande à partir pour Vincennes, mais la réunion n'étant pas complète à la partie moyenne de la plaie, nous lui conseillons de rester encore à l'hôpital. Cautérisation au nitrate d'argent depuis quinze jours.

30. — L'état général est très satisfaisant, mais il existe toujours une plaie superficielle à la partie moyenne du pli de l'aine.

8 *janvier*. — Cicatrisation lente, mais progrès sensibles.

11. — Le malade quitte l'hôpital. Il ne reste plus qu'une plaie linéaire superficielle de 3 centimètres de longueur.

Obs. DXIX. — *Lipôme développé au-dessous du pli de l'aine gauche. Ablation. Guérison.* — Doisy (Joséphine), trente-six ans, entre le 22 février 1878, salle Sainte-Marthe, 48.

Pas d'hérédité, ni scrofule, ni tuberculose. Forte constitution. Système adipeux très développé. Réglée à onze ans, elle ne vit régulièrement qu'à partir de douze ans et demi. Règles très rouges, peu abondantes, sans caillots. Accouchement difficile à vingt-six ans, les

douleurs durèrent soixante heures et on dut employer le forceps pour avoir l'enfant. Le bassin est bien conformé ; d'après les renseignements donnés par la malade, les difficultés de l'accouchement devaient être attribuées à la persistance d'une portion de la membrane hymen. Pas de métrorrhagies consécutives, pas de déchirure ; l'enfant vit et est bien portant. Depuis deux ans, dans l'intervalle des règles, pertes rosées peu abondantes, de la valeur d'une cuillerée à café chaque jour. Il y a dix ans, deux mois après l'accouchement, la malade remarqua accidentellement qu'elle portait à deux travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure gauche, au-dessous du pli de l'aine, une tumeur du volume d'un haricot sous-cutanée, mollasse, complètement indolente, sans changement de coloration de la peau. Cette tumeur s'est développée avec lenteur sans occasionner ni gêne, ni douleur d'aucune sorte. Depuis six mois au contraire, l'évolution est devenue très rapide, le volume de la tumeur s'est notablement accru, pendant que la peau se vascularisait. Néanmoins la production morbide a conservé son indolence.

La région crurale gauche est déformée par une tumeur convexe, cylindroïde, du volume d'un gros œuf de dinde, couchée presque transversalement à deux travers de doigt au-dessous du pli de l'aine. Elle est développée dans un repli de la peau qui s'adosse à elle-même au niveau de la base pour former un pédicule court et peu épais comparable dans une certaine mesure au pédicule mésentérique d'une anse intestinale, ce qui lui permet de retomber à la manière d'un sac au devant des téguments sous-jacents. L'extrémité externe répond à l'épine iliaque antérieure et inférieure, l'interne reste distante de 2 centimètres du trajet des vaisseaux fémoraux. La courbe, qui s'étend d'une extrémité à l'autre, mesure 14 centimètres, celle qui s'étend d'une face du pédicule à la face opposée, à la manière d'un équateur, mesure 11 centimètres. A la vue, la peau a conservé son intégrité, et paraît recouvrir la tumeur sans lui adhérer, mais elle est parcourue, par un réseau capillaire arborisé très apparent, et laisse voir des bosselures larges, aplaties, séparées par des sillons peu profonds, qui semblent indiquer que la tumeur est divisée en lobes et en lobules ; pas d'œdème inflammatoire. Au toucher, la tumeur donne une sensation de fausse fluctuation, sa consistance est mollasse, homogène, lipomateuse. Elle est complètement irréductible. La division en lobes et en lobules est manifeste. Elle n'a contracté aucune adhérence avec la peau dans les différents points de sa périphérie ; par sa base qui est étroite et pédiculée dans toute son étendue, ainsi que nous l'avons dit, elle semble se continuer avec le tissu cellulaire sous-cutané des régions voisines. Elle est manifestement sus-aponévrotique. La tumeur est

parfaitement limitée, elle paraît munie d'une coque celluleuse propre qui l'isole ; aucun prolongement profond. Rien dans les ganglions inguinaux. Pas de douleurs spontanément ou à la pression. Sa présence ne détermine aucun trouble fonctionnel. L'état général est excellent.

23 *février*. — Chloroforme. Nous tendons les téguments avec la main gauche pendant que nous faisons à la surface de la tumeur une incision parallèle à son grand diamètre. Dès que la couche profonde du derme est divisée, la tumeur fait hernie entre les lèvres de la plaie. Elle n'est unie à la peau que par des tractus celluleux extrêmement lâches, de telle sorte qu'il nous est facile de l'énucléer par voie d'arrachement. L'opération a été faite sans qu'aucun vaisseau important ait été divisé. L'emploi des pinces hémostatiques n'a pas été nécessaire. Réunion des lèvres de la plaie par six points de suture métallique. Pansement alcoolisé.

24. — TM = 37°,6. S = 38°. — P = 98.

La malade se trouve bien et mange avec appétit comme avant l'opération. Même pansement.

25. — Pas de réaction fébrile. État général très satisfaisant.

28. — On enlève les points de suture et on les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées. La réunion est obtenue par première intention, sauf à l'angle interne de la plaie.

13 *mars*. — Cicatrisation complète. La malade quitte le service.

Obs. DXX. — *Sarcôme des ganglions inguino-cruraux. Ablation. Guérison.* — Bertin (Léon), cinquante-deux ans, vannier, entre le 15 juillet 1878, salle Sainte-Marthe, 18.

Mère morte phthisique à trente-neuf ans. Lymphatisme. Gourme dans les cheveux, adénites cervicales et inguinales dans l'enfance, rougeole à cinq ans, fièvre cérébrale vers la même époque. Pas d'antécédents vénériens. Il y a quatre ans, fracture des neuvième et dixième côtes gauches ; bronchite ; à cette époque, il remarqua accidentellement que sa poitrine était couverte de petits boutons rouges acuminés, confluents, ne déterminant ni prurit, ni douleur : l'éruption s'étendit aux membres inférieurs, puis aux membres supérieurs en respectant la face. Au bout de huit jours, apparition de vésicules d'abord isolées, puis confluentes, contenant un liquide roussâtre. Trois semaines plus tard, rupture simultanée de toutes les vésicules pendant la nuit, le linge du malade, les draps et le matelas furent mouillés, le liquide répandait une odeur infecte. Après l'affaissement des vésicules, desquamation épithéliale sous forme de plaques et de furfur. Cette éruption dura en tout six semaines au dire du malade. Elle fut complètement apyrétique, ne s'accompagna ni de perte de l'appétit, ni de troubles intestinaux, et n'empêcha jamais le malade de travailler. Hémorrhoïdes internes depuis l'âge de vingt ans. La tumeur hémorrhoïdaire fait souvent

hernie au dehors et donne lieu à des hémorrhagies parfois abondantes. Il y a trois mois, il remarqua à la racine de la cuisse gauche, à deux travers de doigt au-dessous du pli de l'aine, une tumeur du volume d'une noisette, très dure, mobile sous la peau, complètement indolente, même à la pression. Cette tumeur s'est développée très rapidement; depuis six semaines, elle est le siège de douleurs lancinantes, intermittentes, provoquées par la pression et la fatigue. L'accroissement rapide de la tumeur et les douleurs inquiètent le malade et le déterminent à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La tumeur a le volume d'un œuf de poule; elle occupe l'aire du triangle de Scarpa et est dirigée un peu obliquement de bas en haut et de dedans en dehors. Son extrémité supérieure est distante de 2 centimètres du pli inguinal; l'inférieure répond au bord externe du muscle droit interne. A la vue, sa surface paraît unie, sans bosselures apparentes. La peau soulevée et légèrement distendue a conservé ses caractères normaux; néanmoins on voit ramper dans son épaisseur quelques petites veines bleuâtres, anastomosées. Au toucher elle est complètement mobile à la surface de la tumeur. Celle-ci est dure, solide, de consistance homogène dans tous ses points, sarcomateuse. Elle se déplace facilement sur les couches profondes auxquelles elle ne paraît unie que par des tractus celluleux lâches. Cette tumeur est unique, on ne sent pas les ganglions qui siègent au niveau du fascia cribriformis et qui par suite avoisinent la tumeur. Rien dans les autres ganglions. Les organes thoraciques abdominaux sont sains. L'état général est très satisfaisant, à part un certain degré d'anémie, due probablement au flux hémorrhoïdaire.

16 *juillet.* — Opération. Chloroforme. A l'aide du bistouri, nous faisons à la surface de la tumeur et parallèlement au pli inguinal une incision longue d'environ 6 centimètres, qui nous conduit sur la tumeur; celle-ci peut être facilement énucléée; nous détruisons avec l'index et le manche du bistouri les tractus celluleux qui l'unissent aux parties voisines, puis nous achevons de l'enlever par voie d'arrachement; deux pinces hémostatiques suffisent pour arrêter tout écoulement de sang. L'opération terminée, les lèvres de la plaie sont réunies à l'aide de trois points de suture métallique dans les deux tiers supérieurs. Le tiers inférieur est laissé libre pour le passage d'une mèche de charpie imbibée d'eau alcoolisée phéniquée. Pansement ouaté légèrement compressif. Pas de réaction fébrile. Appétit et sommeil conservés. Le 20 juillet, on enlève les fils, les deux tiers supérieurs de la plaie sont réunis par première intention.

31. — Il ne reste plus qu'une petite surface bourgeonnante que l'on touche tous les jours avec le nitrate d'argent.

6 *août.* — Le malade sort complètement guéri.

Obs. DXXI. — *Abcès froid de la face antéro-externe de la cuisse gauche. Ponction. Passage d'un tube à drainage.* — Lesobre (Jeanne), deux ans et demi, est apportée dans notre service, le 18 novembre 1877.

Enfant pâle, faible, anémique. Scrofule. Il y a un mois, la mère remarqua qu'elle portait à la partie antérieure et externe de la cuisse gauche une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, molle et indolente. Cette tumeur s'est accrue rapidement, sans déterminer de douleurs, mais en produisant une certaine gêne dans la marche.

18 *novembre.* — On trouve à la partie antérieure et externe de la cuisse, une tumeur ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas, lisse, unie, convexe sous la peau. Elle mesure en hauteur 12 centimètres à partir d'une ligne horizontale qui passerait au niveau du grand trochanter. La largeur est de 6 centimètres. La peau qui la recouvre est unie, légèrement tendue, sans bosselures apparentes, elle a conservé son intégrité, mais sa coloration est rougeâtre; cette teinte est due à un grand nombre de fins capillaires, ramifiés dans son épaisseur. Indolence complète même à la pression. Au toucher, la consistance est molle, liquide, manifestement fluctuante et comparable à celle des vastes collections purulentes sous-cutanées. La tumeur est irréductible, bien limitée, de forme kystique. L'examen de la région rachidienne ne révèle ni œdème inflammatoire des parties molles, ni gibbosité, ni points douloureux. Les os du bassin et de la cuisse sont normaux. Rien du côté de la fosse iliaque ou du canal crural, qui rappelle un abcès ou la communication de ces régions avec la tumeur.

20 *novembre.* — Ponction et contre-ponction à l'aide d'un trocart; les orifices se trouvent sur une même ligne verticale parallèle au grand axe de la tumeur; écoulement d'environ 40 gram. d'un pus fétide, séreux, très fluide, de couleur café au lait, chargé de grumeaux floconneux blanchâtres. Application de cataplasmes. Traitement interne : sirop d'iodure de fer, vin de quinquina. De plus quelques bains sulfureux. La malade suit son traitement en ville.

3° Cuisse.

Obs. DXXII. — *Phlegmon superficiel circonscrit de la face externe et inférieure de la cuisse droite.* — Alexandre (Antoinette), vingt-quatre ans, domestique, entre, le 12 novembre 1877, salle Sainte-Marthe, 37. Femme bien constituée, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents pathologiques. Il y a quinze jours, elle a vu apparaître, sans cause connue, au-dessus et en dehors du genou droit, un gonflement douloureux amenant de la gêne dans les mouvements de l'articulation du genou. La tuméfaction augmente insensiblement,

les douleurs deviennent plus vives, la marche impossible, la malade entre à l'hôpital.

On constate à trois travers de doigt au-dessus et en dehors de la rotule droite, une tuméfaction du volume d'un œuf de dinde. Peau chaude et rouge au centre dans la largeur d'une pièce de 5 francs en argent. Fluctuation évidente. La tumeur est située au-dessus des muscles, la peau semble décollée sur ses limites. Pas de symptômes généraux. Pas de fièvre ; état général bon. Le système osseux paraît sain. Pas de ganglions inguinaux. Phlegmon.

13 *novembre.* — On passe un drain à l'aide d'un trocart ; pus bien lié, sans caractères particuliers. Cataplasmes, lavages avec l'eau alcoolisée.

15. — Suppuration modérée. Lavages par le tube à drainage.

20. — Suppuration presque tarie.

23. — Le drain est retiré. La malade quitte le service.

Obs. DXXIII. — *Abcès profond de la cuisse droite. Ponction.* — Lecomte (Désiré), trente-huit ans, décorateur, entre le 9 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 76.

Depuis deux mois, il éprouve de vives douleurs dans la partie supéro-interne de la cuisse. En même temps, il a remarqué qu'elle devenait le siège d'un gonflement qui augmentait avec une rapidité étonnante. Depuis neuf jours, impossibilité de marcher. A son entrée, nous constatons à la partie supéro-interne de la cuisse gauche, une tumeur énorme du volume d'une tête d'enfant nouveau-né. La coloration de la peau est la même que celle des parties voisines ; quelques veines dilatées rampent à sa surface. Douleurs spontanées très vives, mouvements impossibles à cause des souffrances.

La tumeur est dure, régulière, sans bosselures ; la peau a conservé sa température normale. Sensibilité extrême à la pression. Nulle part, signe manifeste de fluctuation. Quand on place le malade dans la station verticale, la tumeur, qui est régulièrement ovoïde à grosse extrémité dirigée en haut, change d'aspect ; elle descend et forme une sorte de sphère ; alors aussi on a une sensation de fausse fluctuation. Pendant que le malade se place dans le décubitus dorsal, si on laisse la main appliquée sur la tumeur, on sent parfaitement qu'elle se déplace, puis on la voit revenir à sa forme primitive.

10 *janvier.* — On fait avec un trocart une ponction exploratrice, qui donne issue à du pus ; nous retirons la canule, et avec le bistouri, nous agrandissons l'ouverture. Aussitôt il s'échappe un flot de pus qui, recueilli et mesuré, équivaut à deux tiers de litre.

L'opération terminée, on ferme la plaie par occlusion (Peau de baudruche et collodion).

21. — Passage d'un tube à drainage. — Guérison rapide.

Obs. DXXIV. — *Abcès de la cuisse. Incision. Guérison.* — Rabillon

(Auguste), seize ans, cordonnier, entre le 5 janvier 1877, salle Saint-Augustin, 1.

Sujet éminemment lymphatique, n'a cependant aucun antécédent pathologique. Pas d'excès de marche ou de travail dans ces derniers temps. Son métier exige qu'il soit assis presque toute la journée, et quand il frappe sur les chaussures qu'il confectionne, celles-ci sont toujours appuyées contre la cuisse droite et jamais contre la gauche qui est actuellement malade. Habitation très sèche, très aérée, au troisième étage. Figure pâle, maigre, corps grêle. Au cou, quelques ganglions très peu volumineux. Depuis deux mois, toux fréquente, sueurs abondantes la nuit, crache très peu, jamais de sang. Respiration obscure au sommet gauche; quelques râles très fins dans la région sous-épineuse du même côté. Il y a sept semaines, sans cause connue, il ressentit une douleur vive dans la région du genou. Disparue pendant le repos de la nuit, cette douleur se montra de nouveau le lendemain et plus forte que la veille, au point qu'il ne put faire une course. Au dire du malade, la douleur était surtout violente quand il appuyait sur le talon.

S'étant mis au lit, un médecin appelé diagnostiqua une périostite et ordonna l'application de cataplasmes sur le genou. A ce moment, pas de gonflement. Absence de douleur pendant le repos.

Quatre jours après, fièvre sans frissons qui dura une semaine. A ce moment le gonflement apparut au-dessus du genou et augmenta peu à peu. Depuis une quinzaine de jours la peau de cette région est devenue rouge.

6 *janvier*. — Nous trouvons une déformation de presque toute la cuisse. Le gonflement est surtout apparent au-dessus du genou. En ce point, la peau est luisante, tendue, sillonnée de nombreuses veines sous-cutanées, dilatées, et parsemée de plaques rougeâtres, principalement aux parties interne et postérieure. Empâtement très prononcé des tiers moyen et inférieur de la cuisse et surtout de la région poplitée.

Au niveau du condyle interne, fluctuation manifeste et étendue, signe certain d'un abcès large et profond. Le doigt ne parvient pas, à cause de la collection liquide, à sentir le condyle interne, mais on sent facilement l'externe. En pressant sur la face antérieure et inférieure du fémur, à 7 centim. environ au-dessus de la rotule, on provoque une vive douleur. La rotule n'est pas soulevée par le liquide, mais il y a un peu d'épanchement au niveau des culs-de-sac latéraux.

8 *janvier*. — Incision profonde de 5 centim. Écoulement abondant de pus; par le doigt introduit dans l'abcès on constate que le périoste est intact.

Tube entouré d'une mèche de charpie dans la plaie, cataplasmes. Régime fortifiant. Huile de foie de morue. Vin de quinquina. Rien à

noter ; le malade alla de mieux en mieux, et le 23 février, il quittait l'hôpital.

Obs. DXXV. — *Épanchement sanguin spontané sous-musculaire de la région antérieure et inférieure de la cuisse droite. Périostite. Incision. Drainage. Guérison.* — Roussaye (Edouard), dix-sept ans, ouvrier en jouets d'enfants, entre le 22 mars 1877, salle Saint-Augustin, 81. Sujet lymphatique. En 1869, étant grimpé sur un arbre, il tombe de la hauteur d'un mètre et se fracture le bras droit. Pas d'autres antécédents pathologiques.

Il y a un mois, sans cause connue, il sent que la jambe droite se fatigue plus facilement que l'autre, et qu'elle fléchit dans la station prolongée. Il y a trois jours, il ressent à la partie antéro-inférieure de la cuisse une vive douleur, sans qu'il ait travaillé ou marché plus que d'habitude. Le lendemain, raideur dans l'articulation du genou, flexion de la jambe sur la cuisse douloureuse, mais possible. Examinant le membre, ce malade remarqua une grosseur peu dure et très douloureuse quand il appuyait dessus.

A son entrée dans notre service, nous trouvons à la réunion du quart inférieur de la cuisse avec ses trois quarts supérieurs et sur sa face antérieure, une tumeur faisant saillie de trois centimètres dans sa partie centrale, en bas se terminant en fuseau au bord supérieur de la rotule, en haut se perdant à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la cuisse. Pas de changement de coloration de la peau, qui est lisse, tendue, non parsemée de vaisseaux cutanés dilatés. Douleurs vives quand le malade se tient debout, beaucoup moindres dans le décubitus dorsal. Au toucher, température normale de la peau. La tumeur est liquide, fluctuante, sous-musculaire. Souffrances très aiguës à la pression, surtout en un point correspondant à l'endroit où le muscle droit antérieur se fléchit sur son tendon. Pas de fièvre, pas de perte d'appétit ni de sommeil.

Quand on fait prendre au malade la position verticale, la tumeur s'abaisse pour ainsi dire, et c'est au point douloureux que nous venons de mentionner que l'on voit se former une grosseur qui abandonnant sa forme en fuseau, prend une forme presque sphérique et du volume d'une orange. Nous faisons marcher le malade, et l'on peut se convaincre qu'il chancelle lorsqu'il appuie sur le membre malade.

Incision de 5 centimètres le long du bord externe du muscle droit antérieur. Écoulement de sang mélangé de pus. Le doigt, introduit entre le muscle et le périoste, trouve un large décollement. Pansement avec un tube élastique fenêtré, accolé à une longue mèche de charpie introduite dans la plaie. Cataplasmes.

Le lendemain, la plaie verse au dehors une grande quantité de pus. Les parties voisines sont toujours douloureuses. Même pansement. Régime tonique.

28 *mars* — La suppuration diminue de quantité.

3 *avril.* — Des bourgeons charnus apparaissent, l'état général s'est beaucoup amélioré. Même traitement.

10. — Nous cautérisons les bourgeons charnus avec le crayon d'azotate d'argent.

30. — Sort complètement guéri.

Obs DXXVI. — *Kyste hydatique de la cuisse droite. Guérison.* — Gouffé (Henri), vingt-cinq ans, raffineur, entre le 16 juin 1877, salle Sainte-Marthe, 35. Solidement constitué : n'a jamais fait de maladie. Le début de la tumeur remonte à un peu plus de deux ans. En février 1875, il s'aperçut par hasard de la présence à la face interne de la cuisse, d'une petite grosseur, du volume d'une noisette; il n'en souffrait nullement. Elle resta stationnaire pendant quelques mois, puis elle commença à s'accroître d'une façon graduelle et très lente, sans provoquer d'autre symptôme douloureux que de la gêne pendant la marche. Voyant sa tumeur prendre des proportions considérables, il entra à l'hôpital.

Au niveau du sommet du triangle de Scarpa, du côté droit, existe une voussure large, se confondant graduellement en tous sens avec la surface du membre ; la peau est lisse, intacte et mobile comme dans le voisinage. La pression n'y provoque aucune douleur.

La voussure augmente quand le malade fléchit volontairement la jambe sur la cuisse; elle diminue pendant l'extension. A la palpation, on trouve une tumeur parfaitement arrondie, au moins dans sa partie superficielle et dans son contour appréciable, très lisse, du volume d'une tête de fœtus à terme. On constate nettement qu'elle est isolée du fémur, et mobile en totalité avec les parties molles. La consistance est très dure, élastique, et ce n'est que difficilement qu'on obtient une fluctuation douteuse, même en embrassant la tumeur du côté de la région postérieure et interne de la cuisse. Pas de ganglions dans l'aine.

On fait une ponction à la partie déclive de la tumeur : il sort en grande quantité du liquide limpide et clair comme de l'eau de roche; on fait sortir un trocart courbe par la partie supérieure de la poche, et l'on passe un tube à drainage. Cataplasmes. La réaction fut peu intense; la tumeur diminua de volume rapidement, donnant lieu à un écoulement purulent abondant; trois semaines après le malade partait pour Vincennes.

Obs. DXXVII. — *Fibro-sarcôme de la partie supérieure et interne de la cuisse. Récidive sept ans après l'ablation. Seconde opération. Guérison.* — Zigler (Victoire), cinquante-cinq ans, marchande de journaux, entre le 9 mai 1877, salle Sainte-Marthe, 43. Réglée à seize ans, menstruation régulière jusqu'à la ménopause qui se fit à quarante-huit. Six enfants à terme. Pas de fausses-couches, aucun antécédent héré-

ditaire. Jamais de maladie grave en dehors de l'affection qui nous occupe.

Morsure de chien à la jambe droite, à l'âge de cinq ans. Pas d'accidents consécutifs. Il y a trente ans, elle remarqua qu'elle portait sur la face interne de la cuisse droite, à trois travers de doigt au-dessous du pli de l'aine, une tumeur du volume d'une noisette faisant saillie sous la peau. Cette tumeur se développe graduellement en restant indolente jusqu'à ce qu'elle ait atteint le volume d'un œuf de poule ; à ce moment, la peau, qui était restée normale à sa surface, devint rouge, violacée, et la malade ressentit quelques douleurs peu intenses.

Elle fut opérée en 1863, à Saint-Louis, dans le service de M. Guérin. La cicatrisation fut complète au bout de six semaines, et la malade ne ressentit rien pendant sept ans; en 1870, elle vit se développer à l'extrémité interne de la cicatrice, un petit tubercule de la grosseur d'un pois. La récidive évolua lentement jusqu'à l'an dernier. A partir de cette époque la marche fut beaucoup plus rapide, et la tumeur devint le siège de douleurs lancinantes. Actuellement, nous trouvons, sur la face interne de la cuisse, la cicatrice de la première opération; elle est située au niveau du droit interne, un peu en dehors du sommet du triangle de Scarpa. Le tissu cicatriciel ne présente rien de particulier dans la plus grande partie de son étendue, mais à son extrémité interne s'élève une tumeur, oblongue de haut en bas et de dehors en dedans, pédiculée à sa base, mesurant en hauteur quatre centimètres, et deux centimètres et demi suivant son diamètre transversal.

La peau qui la recouvre est tendue, luisante, d'un rouge vif à la périphérie, parcourue par de fins capillaires; elle est ulcérée vers le sommet sur l'étendue d'une pièce de un franc; le fond de cette ulcération est grisâtre et recouvert d'un pus sanieux, les bords sont violacés, luisants, et renversés en dehors.

Au toucher, on sent que la tumeur est bien limitée à sa base, elle semble s'implanter sur le fascia lata et adhère intimement à la peau qui la recouvre. Sa consistance est franchement solide et rappelle celle du tissu fibroïde. Rien dans les ganglions inguinaux. L'état général n'a pas subi d'altération marquante.

12 *mai.* — La malade étant endormie par le chloroforme, nous faisons autour de la tumeur une incision circulaire qui comprend en même temps une large étendue de tissus sains; dans le premier temps de l'opération nous avons soin d'éviter la veine saphène interne. Nous pouvons alors facilement constater que la tumeur a récidivé sur l'aponévrose comme nous l'avions prévu ; nous intéressons donc cette membrane dans notre ablation. Il n'existe d'ailleurs aucun prolongement latéral ou profond. L'opération terminée, les bords de la plaie sont réunis par trois points de suture isolés, nous laissons une

ouverture suffisante de la partie déclive pour permettre l'écoulement du pus et l'introduction des mèches à pansement. Une coupe de la tumeur nous démontre que nous avons affaire à un fibro-sarcôme dans lequel existent des éléments embryo-plastiques. Pansement alcoolisé, six pinces hémostatiques sont laissées sur les vaisseaux.

12. — TS = 38°,8. — P = 102. On enlève les pinces.

13. — TM = 37°,6. S = 38°. — P = 98. Même pansement. La malade est gaie, mange avec appétit et dort bien.

14. — TM = 37 . S = 37°,6. — P = 86.

A partir de ce moment la température fut normale ; le quatrième jour qui suivit l'opération, les points de suture furent remplacés par des bandelettes de tarlatane collodionnées. La cicatrisation s'effectua régulièrement et rapidement; le 30 mai, la malade sortait guérie.

Obs. DXXVIII. — *Sarcôme intermusculaire de la face postérieure de la cuisse droite. Amputation de la cuisse. Mort.* — Gaussin (Victor), soixante et un ans, tailleur, entre le 29 juillet 1878, salle Saint-Augustin, 78. Sujet bien constitué. Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, syphilitiques ou tuberculeux. Jamais de maladies graves antérieurement. Il y a trois mois, il remarqua accidentellement que la cuisse droite était plus volumineuse que la gauche, et en portant la main à la partie postérieure, il sentit profondément une tumeur dure, solide, du volume d'un œuf de poule. Indolence complète, aucune gêne de la marche. La tumeur s'est développée très rapidement dans tous les sens, en déterminant quelques douleurs spontanées, sourdes, profondes, contusives, exagérées par la pression et la marche. Les mouvements de la cuisse sont devenus moins puissants. En même temps il a maigri d'une façon notable et a perdu ses forces. L'aggravation progressive de tous ces symptômes l'a déterminé à entrer à l'hôpital.

La moitié inférieure de la cuisse droite est manifestement plus volumineuse que celle du côté opposé, et cet accroissement de volume porte spécialement sur la face postérieure du membre. En examinant cette région, on voit qu'elle est saillante, convexe, sans bosselures apparentes, mais les limites de la tumeur sont peu appréciables à la vue. La peau est soulevée, légèrement distendue et laisse voir par transparence un grand nombre de grosses veines bleuâtres, dilatées et tortueuses, dirigées suivant le grand axe du membre et anastomosées transversalement. Ces dilatations veineuses sont plus prononcées au pourtour de la tumeur, mais se prolongent sur la jambe jusqu'au cou-de-pied. Au toucher, la tumeur est profondément située au milieu des muscles de la face postérieure de la cuisse, sa surface présente de larges bosselures, comme si plusieurs lobes étaient entourés d'une même enveloppe. Elle est dure, solide, de consistance sarcomateuse, et ne présente aucun point ramolli ou fluctuant. Ni battement, ni frémissement vibratoire. La peau est mobile

à sa surface, mais il n'en est pas de même de la couche musculaire, qui est adhérente. Il est plus difficile de dire si la tumeur n'envoie pas de prolongements dans la direction du périoste. Cependant la mobilité de la face profonde de la tumeur, quand on met les muscles dans le relâchement, atteste qu'il n'y a pas d'adhérence de ce côté. Elle est aplatie, son pourtour est facile à circonscrire et même à dessiner au crayon dermographique. Sa partie inférieure est à six centimètres du pli du jarret, et la partie supérieure à quinze centimètres au-dessous de l'ischion. Le diamètre vertical est de seize centimètres, le transversal de quinze. La circonférence de la cuisse au point qui répond au centre de la tumeur est de cinquante centimètres, celle du membre opposé, au même point étant de quarante. La tumeur est complètement mate ; l'auscultation révèle un bruit de souffle artériel diastolique, qui se propage suivant le trajet de la fémorale profonde. Il n'est pas appréciable dans le triangle de Scarpa, ni vers le creux poplité. Il cesse complètement, lorsque l'on comprime la fémorale, mais les dimensions de la tumeur ne sont pas modifiées pendant la compression. Les troubles fonctionnels sont ceux que nous avons décrits précédemment, ils sont peu accusés. L'articulation du genou est intacte. Rien dans les ganglions inguinaux.

3 *août.* — Chloroforme. Nous traçons à l'encre la direction des vaisseaux fémoraux, et nous prenons nos points de repère pour faire l'amputation de la cuisse au tiers supérieur. Nous faisons d'abord la compression préventive avec l'appareil d'Esmarch, et nous appliquons dans tous ses détails le procédé antiseptique de Lister : pulvérisation continue pendant l'opération, lavage des instruments dans l'acide phénique, etc., etc.. Nous taillons un large lambeau sur la face antéro-latérale, sachant que les parties molles de la face postérieure où siège la tumeur doivent être enlevées aussi largement que possible. Une fois le lambeau taillé, nous circonscrivons en arrière la tumeur, de façon à l'enlever tout en conservant une surface de section capable de donner au moignon une forme régulière. Pendant ce temps de l'opération, nous trouvons que la tumeur, née dans l'intervalle des muscles voisins du jarret, remonte dans la cuisse jusqu'à l'union des trois quarts inférieurs vers le quart supérieur, et que son enveloppe adhère solidement aux cloisons aponévrotiques dans lesquelles elle a pris naissance. Nous trouvons en outre une dilatation réellement extraordinaire de toutes les veines profondes qui entourent la tumeur, elles dépassent encore en richesse celles que nous avons constatées au-dessous de la peau. Les artères, bien que plus volumineuses qu'à l'état normal, sont loin de participer autant à cette dilatation. Néanmoins, grâce à nos pinces hémostatiques appliquées sur les orifices des vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés, le malade ne perd pas cent grammes de sang pendant toute la durée de l'opé-

ration, y compris celui qui était contenu dans la portion du membre soustrait par l'opération. Nous remplaçons ensuite nos pinces par des fils de catgut phéniqués, puis nous plaçons au fond de la plaie un tube à drainage dont les extrémités sortent par les côtés de la plaie et nous fermons cette dernière par six points de suture métallique à anse profonde et seize points de suture superficielle. Nous achevons ensuite le pansement suivant la méthode de Lister.

Examen de la tumeur. — Les muscles de la face postérieure de la cuisse sont amincis, étalés à la surface de la tumeur qui leur adhère de toutes parts; ils sont pâles, blanchâtres, en voie de dégénérescence. Sur une coupe, la tumeur présente une trame fibreuse, d'un blanc luisant, nacré, limitant de larges aréoles remplies par un tissu grisâtre par places, rosé en d'autres points, très vasculaire. Tous ces tissus ont une consistance lardacée. Il existe quelques petites lacunes kystiques contenant une sérosité citrine peu abondante.

3 *août.* — TS = 38°. — P = 100.

4. — TM = 38°,6. — S = 38°,8. — P = 112.

5. — TM = 38°,4. — S = 38°,8. — P = 120.

6. — Mort à 5 heures du matin.

L'examen des urines fait après l'opération par l'interne en pharmacie n'a révélé l'existence d'aucun principe anormal : sucre ou albumine.

Autopsie. — Surface d'amputation recouverte d'une belle membrane granuleuse en voie d'organisation. L'inflammation ne s'est pas étendue au delà de cette membrane. *Cavité thoracique :* le poumon droit est normal, quelques adhérences anciennes existent entre les deux feuillets, phlegmon de ce côté. Le poumon gauche est splénisé imperméable à l'air; la plèvre est tellement adhérente qu'il est impossible de la détacher. Les ventricules du cœur sont remplis de caillots noirâtres. La crosse de l'aorte dilatée dans tous ses diamètres d'une façon uniforme, s'élève jusqu'à la fourchette sternale. L'artère pulmonaire renferme un caillot dur, résistant, fibroïde, blanchâtre, décoloré, de date ancienne, long de 5 centimètres. Ce caillot présente une petite bifurcation et se prolonge surtout dans la branche gauche de l'artère.

Les reins ne semblent pas altérés, bien qu'un peu congestionnés, le gauche semble atrophié. Le droit, plus volumineux, est atteint de dégénérescence graisseuse. La surface de la rate est normale dans les deux tiers inférieurs; la partie supérieure est reliée au diaphragme par des adhérences résistantes. En décollant ces adhérences, on voit une empreinte qui annonce une inflammation de la couche corticale dans l'épaisseur de un demi-centimètre. Cette couche envahie par la suppuration est transformée en une sorte de boue crétacée d'aspect crayeux. Le reste du tissu splénique est très ramolli.

Centres nerveux. — Congestion généralisée des méninges.

4° Jambe.

Obs. DXXIX. — *Rupture des péroniers latéraux. — Immobilisation, guérison.* — Legay (Jules), trente-un ans, tourneur sur bronze, entre le 28 mai 1877, salle Sainte-Marthe, 7.

Forte constitution. Pas de maladie antérieure. La veille, en sautant un obstacle d'environ 1 mètre de hauteur, il tomba à faux, le pied gauche fortement tourné en dedans. En même temps il ressentit comme un violent pincement au niveau de la tête du péroné, et entendit un craquement sec qui fut de même perçu par un voisin. Il ne put marcher à la suite de l'accident.

28 *mai.* — Teinte ecchymotique de toute la face externe de la jambe et ecchymose de la face postérieure depuis l'anneau du soléaire, jusqu'au-dessus du jarret. Au niveau de la tête du péroné et à deux travers de doigt au-dessous, gonflement considérable remontant en pointe pour se terminer brusquement au niveau du condyle externe du fémur.

Au palper, épanchement sanguin, fluctuation nette, sans crépitation, au niveau de la tête du péroné. Au-dessous de cette épiphyse qui paraît déformée et élargie, solution de continuité transversale dans laquelle on peut coucher un doigt et qui semble résulter de la déchirure des ligaments et des fibres musculaires. L'os paraît irrégulier, épaissi dans son tiers supérieur ; on ne sent ni crépitation, ni mobilité anormale : douleur vive au niveau de l'écartement. Tous les mouvements sont conservés sauf le relèvement du pied en dehors qui se fait imparfaitement et occasionne une violente douleur. On diagnostique : déchirure des ligaments et rupture des péroniers latéraux. Le membre est placé dans une gouttière en fil de fer : compresses imbibées d'eau blanche.

7 *juin.* — Le gonflement a disparu ; compression ouatée comprimant le pied de manière à empêcher tous les mouvements du pied et du genou.

2 *juillet.* — L'appareil est enlevé. Le malade peut marcher sans trop de difficulté. Un peu d'engourdissement dans l'articulation tibio-tarsienne. Tout gonflement de la jambe a disparu ; on ne sent plus la dépression transversale qu'on avait observée au-dessous de la tête du péroné. Le malade quitte le service

Obs. DXXX. — *Kyste du jarret sous-jacent au jumeau interne.* — Gill (Aimable), douze ans, écolier, entre le 24 novembre 1877. Pas d'hérédité, lymphatisme ; à l'âge de quatre ans et demi. abcès ganglionnaire au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien, dont on retrouve aujourd'hui la cicatrice. Pas de maladies graves antérieurement.

Il y a quatre mois, sa mère remarqua qu'il portait dans le creux

poplité du côté gauche, une tumeur du volume d'un œuf de poule, convexe, à surface lisse, ne provoquant ni gêne, ni douleur. Depuis un mois elle a sensiblement augmenté de volume.

Le creux poplité est déformé par une tumeur arrondie, globuleuse, du volume d'une orange, qui masque la moitié interne de la face postérieure de l'articulation. La peau qui la recouvre a conservé ses caractères normaux, elle est tendue, lisse, unie, sans bosselures apparentes, ni œdème inflammatoire, ni vascularisation anormale. Au toucher la tumeur est molle, fluctuante, et présente la consistance des kystes modérément distendus. Elle est recouverte par le jumeau interne que l'on peut faire contracter à sa surface ; son bord interne fait une légère saillie du côté de la face interne de l'articulation, son bord externe répond à l'interstice qui sépare les deux jumeaux. Sa face profonde semble en rapport, partie avec le ligament postérieur de l'articulation, partie avec le poplité et le bord interne du plantaire grêle. La tumeur n'est pas réductible, et ne paraît pas communiquer avec la cavité articulaire. Un examen attentif ne permet d'y découvrir à la palpation ni battements artériels, ni mouvements d'expansion et d'affaissement, ni frémissement vibratoire ; à l'auscultation aucun bruit anormal. En plaçant le membre dans la flexion, on sent l'artère poplitée battre au côté externe de la tumeur. Nous avons affaire à un épanchement survenu dans une des bourses séreuses qu'on rencontre au-dessous du jumeau interne.

24 *novembre.* — Le malade n'est pas endormi. A l'aide d'un trocart capillaire nous faisons une ponction qui donne issue à environ 30 grammes d'un liquide clair, incolore, légèrement filant. Après avoir détruit le parallélisme des bords de la plaie, nous exerçons une pression méthodique à l'aide de rondelles d'amadou et d'un appareil ouaté.

10 *décembre.* — L'appareil n'a pas encore été enlevé.

25. — On enlève l'appareil. Guérison ; le malade quitte le service.

Obs. DXXXI. — *Kyste du jarret.* — Parfond (Alfred), seize ans, garçon épicier, entre le 1er août 1877, salle Saint-Augustin, 2.

Antécédents. — A Paris depuis l'âge de deux ans; tempérament lymphatique. A toujours eu néanmoins une bonne santé. Dans son enfance, il n'a jamais eu mal aux genoux, n'a jamais boîté. Depuis cinq mois ce garçon est apprenti épicier. Il reste debout toute la journée. Au début de son apprentissage il se sentait très fatigué tous les soirs : mal de tête, lassitude des jambes et des pieds. Il s'est aperçu depuis une huitaine de jours seulement qu'il avait une petite tumeur au creux du jarret du côté gauche. Il ne souffrait pas du tout à ce niveau, ni dans le genou. La marche n'était nullement gênée. Le soir, il n'était pas plus fatigué de la jambe gauche que de la droite.

2 *août.* — Tumeur arrondie, ayant à peu près la grosseur d'un œuf, faisant saillie dans le creux poplité du côté gauche lorsque la

jambe est étendue. La tumeur est indolente, mobile, on y sent de la fluctuation. Si l'on fléchit la jambe, la tumeur cesse de faire saillie, mais on peut la sentir avec les doigts au fond du creux poplité. Dans la flexion de la jambe sur la cuisse, les tendons du demi-tendineux et du demi-membraneux dépassent la tumeur en arrière, tandis que pendant l'extension ces tendons sont recouverts par la tumeur qui les dépasse un peu à la partie interne. La tumeur n'est pas réductible. Pas de changement de couleur à la peau. Pas de battements dans la tumeur. Pas de point particulièrement douloureux dans les parties voisines. Il n'y a pas de liquide dans l'articulation du genou, et il n'y en a pas davantage lorsqu'on essaye de refouler le kyste.

Compression et applications de teinture d'iode.

10 *août.* — Le malade sort de l'hôpital. La tumeur du jarret n'a pas grossi ; elle est devenue seulement un peu plus dure, la jambe est un peu plus raide, la flexion plus gênée. Dans l'extrême flexion la jambe fait avec la cuisse un angle d'environ 45°. Le malade doit revenir pour se faire opérer.

Obs. DXXXII. — *Kyste développé dans la bourse séreuse sous-jacente au jumeau interne. Ponction. Compression ouatée.* — Jost (Louis), trois ans, entre le 15 décembre 1877.

Bonne constitution, bonne santé habituelle, pas de scrofule. Il y a un mois, les parents ont remarqué accidentellement, qu'il portait dans le creux poplité gauche une tumeur molle, indolente, du volume d'une noisette. Cette tumeur a depuis augmenté de volume, sans déterminer d'accidents.

15 *décembre.* — Vers le bord interne du creux poplité, on trouve une tumeur arrondie, hémisphérique, du volume d'une noix. Peau soulevée, légèrement tendue ; un peu d'érythème dans toute l'étendue du creux poplité. Pas de vascularisation anormale. Au toucher la tumeur est molle, fluctuante, irréductible ; sa consistance est celle d'un kyste modérément distendu. Elle est sous-jacente au jumeau interne, dont les fibres étalées se contractent à la surface sans l'entraîner dans leur mouvement. La face profonde de la tumeur est adhérente aux tissus voisins. Ni battements artériels, ni bruits anormaux.

Pas de chloroforme. Après avoir détruit le parallélisme des couches qui recouvrent la tumeur, nous faisons à l'aide d'un petit trocart, une ponction qui donne issue à un liquide incolore, limpide, filant, comparable à de l'albumine non coagulée. Le kyste renfermait une cuillerée à bouche de ce liquide. L'opération terminée, nous effaçons le pli cutané dans lequel nous avions porté le trocart et nous appliquons sur la petite plaie, un morceau de baudruche collodionnée. Pansement ouaté compressif.

Il est remporté chez lui après l'opération, le bandage compressif sera maintenu. Trois semaines après, guérison complète.

Obs. DXXXIII. — *Kyste sébacé situé en arrière de la malléole externe. Ouverture en croix. Guérison.* — Chabord (André), garçon de magasin, cinquante ans, entre le 13 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, 28.

Homme bien constitué, sans maladie antérieure. Il s'est aperçu, il y a un mois, qu'il portait une petite tumeur du volume d'une aveline située dans la région du talon droit; tumeur indolore, n'occasionnant que de la gêne pour mettre les chaussures.

13 *décembre.* — Petite tumeur arrondie du volume d'un œuf de poule située immédiatement en arrière de la malléole externe droite. Tumeur sous-cutanée, sans adhérences profondes. Elle présente un sommet rosé, luisant, acuminé, où vient se terminer une petite traînée blanchâtre partant de la base. Fluctuation indécise. Douleurs lancinantes s'exaspérant par la pression. Toutes les parties environnantes sont saines.

14 *décembre.* — Incision en croix avec le bistouri : matière sébacée épaisse, blanchâtre, sans pus. Poche kystique énucléée sans difficulté. Pansement avec deux mèches de charpie croisées et trempées dans de l'eau alcoolisée.

16. — Suppuration. Le fond de la plaie se couvre de bourgeons charnus.

20. — Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

23. — Il ne reste plus qu'une petite surface non encore cicatrisée. Le malade quitte le service.

5° Pied.

Obs. DXXXIV. — *Déformation congénitale du pied. Durillons. Contusion de la jambe. Guérison.* — Jurain (Jean-Baptiste), soixante ans, charretier, entre le 10 mars 1877, salle Saint-Augustin, 72.

Sujet d'une vigoureuse constitution ; ni scrofule, ni syphilis. Fièvre typhoïde en 1854. Rhumatisme articulaire en 1863. Il se rappelle vaguement qu'étant enfant, il a eu la jambe gauche cassée dans sa partie inférieure.

Il a entendu dire à ses parents que tout jeune, il a eu une déformation du pied qui a augmenté progressivement et qui a amené sa réforme du service militaire. En examinant le membre, on trouve que la distance entre les deux malléoles est beaucoup plus grande que du côté opposé. Elle est en effet de 9 centimètres sur la jambe gauche, tandis qu'elle n'est que de 7 centimètres sur la jambe droite. La malléole interne est déjetée en dedans, très saillante et sur un plan notablement plus élevé que l'externe ; cette dernière est presque effacée. L'astragale et le scaphoïde font sur le bord interne du pied une saillie très évidente ; ils sont comme refoulés de ce côté. La voûte plantaire est plus marquée que celle du côté opposé ; elle

est continuée par une gouttière dans laquelle on peut loger l'index. Le bord interne du pied est beaucoup plus élevé qu'à l'état normal, excepté au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil qui se trouve au contraire sur un plan beaucoup plus inférieur que les autres articulations des doigts, de telle sorte que dans la station verticale, le pied porte presque exclusivement sur cette saillie et sur le bord interne, de même que sur la face inférieure du gros orteil. Surviennent alors des durillons qui s'ulcèrent, puis se cicatrisent pour se reproduire aussitôt après un excès de marche. Aux deux avant-bras, on remarque une exostose de l'apophyse styloïde du cubitus, ayant débuté il y a quatre ans. L'exostose du côté gauche est plus saillante, plus développée que celle du côté droit.

En outre, le matin de son entrée dans notre service, en conduisant une charrette chargée de bois, un morceau dont il évalue le poids à 10 kilogrammes est tombé et a atteint la partie antérieure de la jambe gauche, au point de réunion de son tiers moyen avec son tiers supérieur. Contusion remontant presque jusqu'au genou et descendant à trois travers de doigt de l'articulation tibio-tarsienne. Large ecchymose à la partie moyenne de la jambe ; empâtement en ce point ; douleur très vive à la pression ; aucun signe de fracture même incomplète. Repos au lit ; compresses d'eau blanche. Le durillon ulcéré est pansé avec de l'eau alcoolisée.

14 *mars*. — L'empâtement a presque disparu. L'ecchymose passe du violet noir au rouge. Peu de douleur. On laisse le malade se lever et se tenir assis, la jambe étendue sur une chaise.

21. — Plus de trace de contusion, à peine une teinte jaunâtre de la peau. Le durillon ulcéré se guérit lentement. Même pansement.

29. — L'ulcération est complètement guérie.

31. — Le malade sort de l'hôpital.

Obs. DXXXV. — *Développement exagéré du pied droit* (*Affection congénitale*). *Papillome ulcéré de la matrice du troisième orteil. Ablation. Guérison.* — Durand (Anatole), trente-deux ans, forgeron, entre le 20 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 18. Il est fort, vigoureux, sans antécédents pathologiques. Au moment de la naissance, le pied droit était beaucoup plus développé que le gauche. Cette différence s'est maintenue pendant la croissance sans jamais occasionner la moindre gêne. Travaille toujours debout, marche normalement, et a fait toute la campagne de 1870-71.

20 *avril*. — Pied gauche normal : 27 centimètres de longueur sur 25 de circonférence au niveau de l'articulation médio-tarsienne. Pied droit hypertrophié : longueur, 34 centimètres 1/2; circonférence, 31. Le bord externe du pied, les deux derniers orteils et leurs métatarses sont normaux. L'articulation métatarso-phalangienne n'est distante du talon que de 17 centimètres ; les trois premiers doigts

au contraire sont très gros et très longs. Le gros orteil surtout est énorme. Il mesure 17 centimètres de circonférence au niveau de la racine de l'ongle. Le volume des malléoles est exagéré, surtout du côté du tibia. La jambe au-dessus des malléoles présente le même volume que celle du côté opposé. Cette difformité ne gêne d'ailleurs en aucune façon le malade qui n'entre dans le service que pour une petite tumeur ulcérée de la grandeur d'une pièce de 50 centimes située au niveau du bord interne de la racine de l'ongle du troisième orteil. Petite plaie arrondie, intéressant la peau dont les papilles hypertrophiées, ulcérées, donnent à la peau un aspect chagriné, fond rosé, suintement d'un liquide pâle, un peu sanguinolent. Douleurs peu sensibles. Le malade ne peut mettre de chaussures.

28 *avril.* — Ablation avec le bistouri, sans endormir le malade. Pansement simple.

10 *mai.* — La plaie se cicatrise vite.

15. — Bourgeons charnus de bon aspect qu'on réprime avec le nitrate d'argent.

Le malade quitte le service le 17 mai; la plaie était entièrement cicatrisée.

Obs. DXXXVI. — *Pied-bot équin-varus congénital. Ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille.* — Joséphine Danys, vingt-sept ans, domestique, se présente à la clinique du 19 mai 1877.

Forte constitution. Jamais de maladies graves. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 18 ans. Menstruation régulière. Un enfant bien portant. Pas de fausse-couche. Elle vient nous consulter pour un pied-bot équin-varus gauche congénital. Le talon est relevé en haut et en arrière, le pied repose sur son bord externe qui est plan, la pointe est tournée en dedans, la face dorsale très convexe regarde en dehors et en avant, la face plantaire dont la concavité est exagérée regarde en dedans et en arrière, le bord interne tourné en haut est légèrement concave. Les orteils sont déviés de telle sorte que le quatrième et le cinquième sont fléchis vers la face plantaire du pied et comme subluxés en dedans, les premier, second et troisième inclinés en dehors et en bas chevauchent sur les précédents. De plus il existe au niveau de la tête du cinquième et du quatrième métatarsiens une bourse séreuse très développée, saillante au-dessous des téguments. La peau à ce niveau revêt une teinte rosée qui tranche nettement sur la coloration des parties voisines. Il n'existe ni ulcérations, ni hypertrophie papillaire. L'astragale, le calcanéum, le scaphoïde, le cuboïde et la malléole externe forment des saillies anormales que l'on apprécie mieux encore au toucher. L'astragale a subi un double mouvement de rotation, le premier autour d'un axe transversal, en vertu duquel sa poulie articulaire a abandonné la mortaise tibiale pour se porter en avant; le second autour de son axe antéro-

postérieur qui a porté sa face supérieure en dehors et sa face externe en bas. Le calcanéum l'a suivie dans ce déplacement. La face postérieure est relevée vers le bord postérieur du péroné, la face externe de la grande apophyse repose sur le sol. Le sommet de la malléole externe est saillant sous la peau. La malléole interne s'appuie sur l'extrémité antérieure de la face interne du calcanéum. Subluxation en bas et en dedans du cuboïde sur le calcanéum et du scaphoïde sur l'astragale, la tête de cet os fait saillie sur la face dorso-externe du pied et en augmente la convexité. Le tarse et le métatarse ont conservé leurs rapports, mais semblent avoir tourné de dedans en dehors autour d'un axe antéro-postérieur, de manière à ce que le bord externe du pied repose sur le sol, le bord interne étant devenu supérieur. Il est difficile de connaître exactement l'état des os, des surfaces articulaires, des ligaments, des muscles et des aponévroses, mais nous savons que ces différents organes ont subi des désordres tellement profonds, qu'il est impossible de rendre au pied, par les procédés de douceur, sa direction normale. En effet, quand ces positions vicieuses sont de date ancienne, comme dans le cas présent, on trouve : allongement des tendons, ligaments et aponévroses distendus ou raccourcissement avec résistance invincible de ces tissus fibreux, partout où ils sont depuis longtemps rétractés ; déformation des os, hypertrophiés dans certains points, atrophiés dans d'autres; altération des cartilages d'encroûtement; modification des synoviales tendineuses et articulaires. Les corps charnus des muscles sont eux-mêmes modifiés, les uns sont plus ou moins complètement rétractés, d'autres sont atrophiés, on en peut rencontrer qui ont subi partiellement la dégénérescence fibro-graisseuse. Les troubles fonctionnels retentissent du côté des couches superficielles; des bourses séreuses se développent au niveau des saillies osseuses qui portent sur le sol. Ces bourses séreuses peuvent s'enflammer, suppurer et donner lieu à des complications graves. Souvent les papilles s'hypertrophient dans les points où la peau est soumise au frottement; une variété spéciale de papillôme à forme inflammatoire se développe et devient à une période plus avancée le siège d'ulcérations difficiles à guérir, parce que le malade est continuellement exposé aux causes qui les ont produites. S'il est possible de remédier à ces difformités dans l'enfance par les moyens de douceur, tels que bandages ouatés rendus au besoin inamovibles, appareils orthopédiques appropriés, il n'en est plus de même quand les désordres sont confirmés. Il est alors de toute nécessité de faire la section des tendons ou des aponévroses dont la présence apporterait un obstacle invincible à toute tentative de redressement. Dans le cas actuel, c'est le tendon d'Achille qui oppose la plus grande résistance, et le seul moyen de la vaincre est la section sous-cutanée de ce tendon. Il ne faut rien

moins que des circonstances semblables pour nous obliger de recourir à ce procédé. Avant de faire cette opération, il est nécessaire de faire construire un appareil orthopédique assez puissant pour forcer le pied à se maintenir autant que possible dans une bonne position pendant le temps qui suivra la ténotomie. On sait, en effet, qu'après cette section, l'extrémité supérieure s'écarte de l'inférieure grâce à la tonicité musculaire, et que l'intervalle se comble par un tissu nouveau et assure l'élongation du tendon. Mais si le bout inférieur n'est pas éloigné lui-même, par le fait du redressement du pied, la substance intermédiaire reste trop courte et une partie des bénéfices de l'opération est perdue. C'est ce qui eut lieu chez cette malade, pour laquelle M. Mathieu avait construit un appareil approprié. Le 19 mai, nous fîmes l'opération au moyen d'un bistouri à lame étroite introduit au-dessous du tendon par le côté interne, en ayant soin d'éviter les organes importants de la région, sans qu'il soit nécessaire d'endormir le malade. L'opération faite, le pied put être redressé assez pour qu'il y eût lieu d'espérer qu'on pourrait plus tard, à l'aide de l'appareil, obtenir un redressement complet et progressif, mais les jours qui suivirent l'opération, bien que celle-ci n'ait amené aucune réaction inflammatoire locale, la malade ne voulut pas même essayer de conserver son appareil. Nous la gardâmes jusqu'au 29 mai, pour tâcher de la convaincre de l'impossibilité de la guérir par d'autres moyens ; mais elle enlevait son appareil dès qu'elle était seule, nos remontrances furent vaines et elle préféra retourner chez elle.

Obs. DXXXVII. — *Ecrasement du pied gauche.* — Marchal (Louis), quatorze ans, entre le 10 juin 1877, salle Sainte-Marthe 27. Il a eu le pied gauche écrasé, il y a six heures, par la roue d'un tramway.

Forte ecchymose violacée, occupant toute la face dorsale du pied, plus marquée vers l'extrémité tarsienne des métatarsiens et dirigée de dedans en dehors et d'avant en arrière. Tuméfaction considérable étendue de l'articulation tibio-tarsienne à l'extrémité des orteils. Sur la face dorsale des premières phalanges, plaie linéaire, à bords contus, peu saignante, intéressant les parties molles, et laissant voir la gaîne non ouverte des extenseurs du pied. Sa direction est parallèle à celle de la tache ecchymotique. Cette plaie a été causée par le filet de la roue. Peau tendue, chaude, luisante. La pression est très douloureuse, ainsi que les mouvements provoqués. Les mouvements spontanés sont douloureux et très limités. Nulle trace appréciable de fracture. Plaie légère sur la face plantaire de la dernière phalange du gros orteil, n'intéressant que la peau. Écoulement sanguin peu abondant. Impossibilité pour le blessé de s'appuyer sur le pied malade. Pas de fièvre. P = 72. Repos complet au lit. Compresses alcoolisées en permanence.

12 *juin.* — Souffrances assez vives au moindre mouvement. Insomnie. Langue blanchâtre, peu d'appétit.

16. — Le gonflement a diminué ; douleurs moins vives ; peut remuer les orteils ; l'appétit et le sommeil sont revenus.

21. — Pied assez sensible à la pression ; plus de douleurs spontanées, gonflement encore assez marqué. Application d'un bandage ouaté et silicaté.

23. — Le malade peut marcher appuyé sur une béquille. Départ pour Vincennes.

Obs. DXXXVIII. — *Plaie de la face dorsale du pied gauche. Cataplasmes. Guérison.* — Happ (Jean), cinquante-quatre ans, journalier, entre le 14 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 80. Sujet amaigri par les privations et la fatigue. Sans travail, il a fait une longue route pour en trouver, avec de mauvais souliers qui lui étaient trop étroits. Au niveau du cou-de-pied, existe une plaie à bords irréguliers, de 3 centimètres. Tout autour, sur une étendue de 2 centimètres, rougeur, empâtement. La sensibilité est très grande à la pression. Cataplasmes. Repos au lit.

16 *janvier.* — Les deux jours de repos ont suffi pour faire disparaître l'inflammation. Ayant besoin de disposer de son lit pour d'autres affections plus graves, nous signons la sortie de ce malade, qui viendra le matin au pansement.

Obs. DXXXIX. — *Abcès du cou-de-pied gauche. Incision. Guérison.* — Devertu (Adolphe), soixante-dix ans, charretier, entre le 3 avril 1878, salle Saint-Augustin, 76. Il y a dix-huit jours, après une longue marche avec une chaussure lourde et trop étroite, il a vu apparaître au niveau du cou-de-pied gauche une tumeur qui en quelques jours a atteint le volume d'un petit œuf de poule. La peau est devenue rouge, luisante, chaude, la marche presque impossible ; par intervalles, de violents élancements. Fluctuation très évidente.

Incision cruciale avec le bistouri. Écoulement abondant de pus mélangé de sang. Cataplasmes.

7 *avril.* — Pansement simple.

14. — La guérison est complète. Le malade quitte l'hôpital.

Obs. DXL. — *Abcès du cou-de-pied et du gros orteil gauches. Cataplasmes. Incision. Guérison.* — Chauvière (Eugène), vingt-quatre ans, garçon boucher, entre le 12 avril 1878, salle Saint-Augustin, 11. On constate sur la face dorsale du pied et du gros orteil un petit abcès produit par la pression d'une chaussure trop étroite. Début quatre jours auparavant. Élancements tout d'abord, puis apparition d'une petite tumeur sur le cou-de-pied et sur le gros orteil. Rougeur, amincissement de la peau. Douleurs pendant la marche et à la pression. Fluctuation manifeste. Cataplasmes et, deux jours après, incision avec le bistouri.

17. — Le malade sort presque complètement guéri.

Obs. DXLI. — *Abcès de la face dorsale du pied. Incision avec le bistouri. Cataplasmes. Guérison.* — Galand (Raymond), vingt-neuf ans, camionneur, entre le 16 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 11. Homme vigoureux, d'une forte constitution, pas de maladies vénériennes.

Dans ces derniers temps, il a fait un travail qui l'obligeait à marcher toute la journée. La semaine dernière il a remarqué à la racine du gros orteil gauche une petite plaie qu'il attribue à une chaussure très serrée. Il se contenta d'envelopper l'orteil avec une bande, mais n'en continua pas moins à marcher et à porter les mêmes souliers. Il y a cinq jours, il a commencé à souffrir tellement, surtout pendant la marche, qu'il a été obligé de garder la chambre. Application de cataplasmes ; mais n'éprouvant aucun soulagement, il entre à l'hôpital.

16 *janvier*. — A la racine du gros orteil gauche, on voit une petite plaie presque complètement cicatrisée, puis en arrière, sur une étendue de 5 centimètres carrés, de la tuméfaction. La peau est rouge, chaude ; il y a de l'empâtement, et dans un point correspondant au quart antérieur du premier métatarsien, une fluctuation très nette. La douleur à la pression est très vive.

Les ganglions inguinaux du même côté sont engorgés. On fait avec le bistouri une incision qui donne issue à du pus mélangé de sang. Cataplasmes. Repos au lit.

21. — Bandelette de diachylon.

24. — Départ pour Vincennes.

Obs. DXLII. — *Abcès de la face dorsale du pied. Incision avec le bistouri. Guérison.* — Moreau (Marius), trente-trois ans, étiquetier, entre le 11 janvier 1878, salle Saint-Augustin, 11. Il y a neuf jours, en descendant d'une voiture, sa bottine s'est déchirée. Éloigné de sa demeure, il a fait de longues courses toute la journée sans changer de chaussure. Le soir, il s'était formé par le frottement une petite plaie à laquelle il ne fit pas attention. Il continua à marcher bien qu'il ressentît un picotement assez douloureux. Le sixième jour, son pied avait enflé, la marche était pénible, il gardait le repos le lendemain. Mais voyant que la tuméfaction augmentait encore, il entra à l'hôpital.

Sur la face dorsale du pied, à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen du deuxième et du troisième métatarsien, on voit une tumeur du volume d'une noix. A sa surface et à son pourtour, sur une étendue de 3 centimètres, il y a de la rougeur, de l'œdème. La peau est chaude, rouge ; la pression est douloureuse ; il y a une légère fluctuation.

Applications de cataplasmes. Repos au lit.

13 *janvier*. — La fluctuation est évidente. Incision de l'abcès avec le bistouri. Cataplasmes.

18. — Guérison. Départ pour Vincennes.

Obs. DXLIII. — *Mal perforant. Troubles trophiques de la jambe gauche consécutifs à une blessure par arme à feu.* — Ruppé (Charles), vingt-cinq ans, journalier, entre le 9 avril 1877, salle Sainte-Marthe, 8. En 1871, une balle lui traversa la jambe gauche. Elle pénétra au niveau de la tête du péroné qu'elle fractura et sortit à trois travers de doigt au-dessous du condyle interne sur le bord interne du tibia. Le malade resta huit mois à l'hôpital et eut plusieurs abcès à la jambe.

Etat actuel. — Vastes cicatrices à la face postérieure de la jambe, adhérentes, parallèles à l'axe du tibia, mesurant l'une 13, l'autre 10 centimètres de longueur. Le malade dit qu'il est sorti plusieurs fragments d'os. Le tibia semble normal, mais le péroné est épaissi dans toute sa longueur. Au-dessus et en avant de la malléole externe, on voit deux petites cicatrices arrondies adhérentes qui ont été les dernières à se fermer. Toute la jambe est atrophiée. L'articulation du genou est intacte, mais l'articulation tibio-tarsienne est ankylosée : le pied est dans la demi-extension sur la jambe et présente l'aspect d'un pied-bot équin. Orteils en griffe avec atrophie des interosseux ; cambrure exagérée du pied. La peau est violacée, amincie, et présente un abaissement très notable de température. Elle est constamment mouillée d'une sueur froide. La sensibilité obtuse dans toute la longueur de la jambe est presque nulle à la face plantaire du pied, à la face dorsale elle semble normale. Les muscles gastro-cnémiens sont mous et lâches. Circonférence de la jambe droite au-dessus des malléoles : 19 centimètres ; circonférence de la jambe gauche : 18 centimètres ; au niveau du mollet la jambe droite a 32 centimètres ; la jambe gauche, 22 centimètres. Il y a 1 centimètre de différence sur la circonférence comparée des deux pieds au niveau du cuboïde. Le gros orteil est en massue, l'ongle est déformé, rejeté sur le bord interne, et raccorni. Depuis un an le malade a vu apparaître un durillon à la tête du cinquième métatarsien. A cet endroit, épaississement considérable des couches épithéliales sur une surface de 2 centimètres. Au centre existe une petite ulcération excavée en puits, dont les bords taillés à pic sont formés par un épithélium comparable à une production cornée. L'ulcération est profonde de 1 centimètre, rouge brun, recouverte de sérosité roussâtre. Douleurs nulles quand le malade garde le repos. D'ailleurs la faiblesse du membre l'empêche de se tenir longtemps debout.

Cautérisation au nitrate d'argent. Bain tous les deux jours. Repos. L'ulcération se comble assez rapidement et le malade peut quitter le service le 25 mai. Le 22 juin, il rentre dans le service. L'ulcération s'est reproduite, mais est moins profonde qu'au moment de la première entrée. De nouvelles couches épidermiques se sont formées.

On enlève les plus superficielles et on reprend la cautérisation au nitrate d'argent et les bains. Le malade quitte le service le 22 août. L'ulcération a disparu.

Obs. DXLIV. — *Papillôme du pied droit. Ablation par le bistouri. Guérison. Périostose des tibias, traitement par l'iodure de potassium. Guérison.* — Remiet (Célestin), quarante-quatre ans, fondeur, entre le 28 mars 1877, salle Sainte-Marthe, 10. Sujet robuste. Bonne santé habituelle, pas d'hérédité. Blennorrhagie et orchite à dix-huit ans, il nie tout accident syphilitique. Il y a huit ans, il remarqua sur le bord externe du pied droit, au niveau du talon, un bouton aplati, indolent, du volume d'une grosse lentille. Cette petite masse, de coloration grisâtre, était dure, croûteuse, un peu fendillée à la surface. Souvent le malade, en prenant des pédiluves, arrachait cette croûte et la faisait saigner. Pendant quatre ans, état stationnaire, le malade portait sa chaussure habituelle. La tumeur s'accrut peu à peu et devint gênante pendant la marche. Depuis six mois surtout, les progrès ont été rapides. La tumeur a gagné en diamètre antéro-postérieur et en diamètre vertical, en s'étendant toujours d'arrière en avant.

État actuel. — La tumeur s'étend du bord postérieur du talon à l'extrémité tarsienne du cinquième métatarsien sur une longueur de 11 centimètres. Verticalement elle mesure de 3 à 4 centimètres, à partir de la face plantaire du pied, sur laquelle elle empiète légèrement. Elle forme par places un relief de 1 centimètre et demi. Sa forme est irrégulièrement elliptique, plus étendue en arrière qu'en avant. Sa surface est sèche, d'aspect croûteux, grisâtre par endroits, d'un gris rosé dans d'autres points. Elle est hérissée d'un grand nombre de petites villosités peu saillantes, très rapprochées les unes des autres, formant une espèce de gazon, assez régulier par places; dans d'autres points l'aspect est moins homogène, ce sont des tubérosités verruqueuses peu distinctes et peu proéminentes. Entre ces diverses saillies, existent des anfractuosités irrégulières, très superficielles, qui paraissent comblées par des débris épidermiques. Il semblerait que les papilles hypertrophiées sont agglutinées entre elles à leur périphérie et ne présentent à l'extérieur que leur sommet. Des produits de desquamation épithéliale recouvrent le tout et donnent à cette surface un aspect finement spongieux. Les extrémités antérieures et postérieures de la tumeur, ainsi que son bord inférieur, se confondent insensiblement, et sans ligne de démarcation bien nette, avec les téguments voisins. Il n'en est pas de même du bord supérieur. Celui-ci est, en effet, saillant, très inégal, dentelé; il présente des végétations en chou-fleur, de couleur rosée, se continuant entre elles à leur pourtour. Ce bord est séparé de la peau, restée saine, par un sillon linéaire profond qui contourne les végétations et en suit les sinuosités. Le sillon est le siège d'un suintement séreux, jau-

nâtre, très abondant. A l'union des tiers moyen et antérieur de la tumeur, on remarque, au-dessus du bord supérieur, deux petits mamelons complètement isolés. — La peau a conservé ses caractères normaux, au voisinage de la tumeur, excepté dans l'espace qui s'étend du bord supérieur à la malléole externe, où elle est rouge et présente des teintes d'inflammation. — Aucune trace de vaisseaux dilatés ou de nouvelle formation, dans l'épaisseur, ou au pourtour de la tumeur. Au toucher, elle est dure, de consistance cornée et peu mobile sur les couches profondes. Il est d'ailleurs difficile de dire les rapports de ces couches profondes avec la production cutanée. Rien dans les ganglions inguinaux.

7 *avril.* — Chloroforme. Nous faisons, à un centimètre en dehors des limites de la tumeur, une incision assez profonde pour dépasser la couche cutanée. Nous disséquons ensuite la tumeur par sa face profonde. Cette dissection nous permet de constater que les filets nerveux et les vaisseaux qui se rendent aux papilles sont eux-mêmes hypertrophiés. L'opération terminée, nous exerçons sur la surface dénudée une compression méthodique à l'aide d'éponges; c'est le procédé auquel nous avons recours, pour prévenir les hémorrhagies, toutes les fois que nous opérons sur un plan résistant. La tumeur n'avait pas dépassé la face profonde du derme et ne contractait pas d'adhérences avec les parties sous-jacentes. On fait le premier pansement, avec des éponges lavées et imbibées d'eau alcoolisée. Le lendemain les éponges sont retirées et l'on fait un pansement simple avec l'eau alcoolisée. Pas d'accidents consécutifs. Guérison complète au bout de 12 jours.

Obs. DXLV. — *Tumeur fibreuse du dos du pied. Ablation avec le bistouri.* — Boulon (Louis), cinquante-neuf ans, employé, entre le 29 juin 1877, salle Saint-Augustin, 77.

Forte constitution, pas de maladies graves antérieures, aucun accident vénérien. Il y a deux ans, il a remarqué sur la face dorsale du pied gauche, au niveau des extrémités tarsiennes des quatrième et cinquième métatarsiens, une petite tumeur sous-cutanée, dure, mobile, du volume d'un pois, complètement indolente.

Elle s'est développée lentement et progressivement, et à part un peu de gêne pour mettre la chaussure, apparue dans les derniers temps, elle n'a déterminé aucun accident.

La peau qui répond aux extrémités tarsiennes des quatrième et cinquième métatarsiens est soulevée par une tumeur arrondie, convexe, du volume d'un œuf de pigeon. La peau est unie, sans bosselures apparentes, elle a conservé ses caractères normaux; sur le pourtour de la tumeur quelques capillaires rampent dans son épaisseur. Au toucher, tumeur dure, solide, élastique, de consistance fibro-cartilagineuse, parfaitement limitée, mobile sous la peau

et sur les couches profondes. Lorsqu'on tend les téguments à la surface de cette petite production, on voit par transparence une teinte bleuâtre qui rappelle celle du tissu cartilagineux. Pas de douleurs spontanées. Indolence complète à la pression. Rien dans les ganglions inguinaux. Le volume croissant de la tumeur, et la sensation gênante de corps étranger qu'elle provoque pendant la marche, déterminent le malade à demander l'ablation.

30 *juin.* — Chloroforme. Nous faisons à la surface de la tumeur une incision linéaire de 4 centimètres, dirigée vers le bord externe du pied du côté de l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième orteil; cette incision comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané et nous conduit sur la tumeur, l'énucléation est des plus simples.

Une seule pince hémostatique est laissée pendant vingt-quatre heures sur une artériole.

Rapprochement des lèvres de l'incision à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnée.

La tumeur énucléée offre la coloration bleuâtre et la consistance du fibro-cartilage ; après la coupe, les surfaces de section deviennent convexes.

2 *juillet.* — Réunion de la plaie par première intention. Pansement simple.

4. — Pointe de sphacèle à l'angle supérieur de la plaie, ablation avec des ciseaux. Nouveau bandage unissant.

6. — Bourgeons charnus de bonne nature sur l'emplacement du point sphacélé.

7. — Le malade quitte le service.

Obs. DXLVI. — *Épithélioma développé sur une tache pigmentaire congénitale siégeant à la face interne du pied droit.* — Carteron (Eugénie), trente ans, femme de ménage, se présente à la clinique du 14 décembre 1878.

Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, vénériens ou tuberculeux. Bonne santé habituelle. Elle portait depuis la naissance, à la face interne du tarse, une tache pigmentaire du volume d'une lentille, aplatie, régulièrement circulaire, de coloration brune. Cette production est restée indolente et stationnaire jusque il y a un an. A cette époque, les frottements répétés d'une chaussure étroite en ont déterminé l'inflammation, puis l'ulcération. Une petite tumeur s'est développée à ce niveau et s'est étendue en largeur et en épaisseur. L'ulcération a persisté et est devenue le siège de petites hémorrhagies et d'un suintement ichoreux continu. La marche progressive de la tumeur, la gêne qu'elle provoque, l'impossibilité de mettre une chaussure, déterminent la malade à entrer à l'hôpital.

On voit sur la face interne du tarse, au niveau du scaphoïde,

une petite tumeur, fongiforme, pédiculée, bien circonscrite, formant au-dessus des téguments un relief de 1 centimètre et demi. Elle présente l'aspect d'un disque régulièrement circulaire de 2 centimètres de diamètre, supporté par un pédicule large et court. La surface du disque est le siège d'une ulcération superficielle, recouverte de saillies aplaties, hémisphériques, du volume d'un grain de millet, rappelant exactement les papilles hémisphériques de la langue, dépouillées de leur couche épithéliale. Dans l'intervalle de ces papilles qui sont assez distantes les unes des autres, la surface de l'ulcération est lisse et unie ou à peine granuleuse. Elle laisse suinter continuellement un liquide ichoreux un peu trouble qui se dessèche en croûte jaunâtre. Le pédicule ne participe pas à l'ulcération, il paraît formé par le derme et l'épiderme normaux. Au toucher, la consistance est dure, fibroïde, homogène. La tumeur est limitée à la peau et ne contracte aucune adhérence profonde, elle est mobile sur les couches sous-jacentes. Peu de douleurs spontanées, sensibilité à la pression. Rien dans les ganglions inguino-cruraux. Rien dans les organes éloignés. L'état général est excellent.

14 *décembre.* — Pas de chloroforme. A l'aide du bistouri, nous circonscrivons largement le pédicule de la tumeur par une incision circulaire qui dépasse l'épaisseur du derme, et nous disséquons la face profonde. Il n'existe de ce côté aucun prolongement. Écoulement sanguin peu abondant arrêté par la compression. Pansement à plat avec l'eau alcoolisée phéniquée et compression ouatée. La malade retourne chez elle où elle sera soignée par son médecin.

Coupe de la tumeur. — Sur une coupe verticale, la tumeur paraît formée par les éléments de la peau. On voit le stroma fibreux du derme et des tractus blanchâtres diriges perpendiculairement à la surface du tégument. Du côté de l'ulcération la couche superficielle du derme paraît simplement érodée, dépouillée de son épiderme. La tumeur semble peu vasculaire.

Obs. DXLVII. — *Petit orteil surnuméraire du pied droit. Position vicieuse de l'avant-dernier orteil. Ablation par le bistouri.* — Guitard (Anaïs), trois ans, est apportée le 15 juin 1878 à notre clinique.

Petite fille bien constituée, d'une santé robuste. Elle porte au pied droit un orteil surajouté. Les premier, deuxième, troisième et quatrième orteils sont bien conformés et occupent leurs situations normales. Il existe deux petits orteils complets et bien développés, articulés tous deux par leur première phalange avec la tête du cinquième métatarsien. Le plus externe de ces deux doigts, celui qui représente le sixième orteil, se dirige normalement d'arrière en avant, mais il est légèrement refoulé en dehors par son congénère. Celui-ci est dévié et comme luxé en haut et en dehors, il est couché sur le quatrième orteil, dont il croise la face dorsale. Par suite de

cette déviation, il constitue une saillie anormale qui empêche d'appliquer une chaussure et gêne la petite fille dans sa marche.

15 *juin*. — Chloroforme. L'orteil dorsal surnuméraire est circonscrit à sa base, par une incision elliptique, dont les deux extrémités se rejoignent au niveau de la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne. Cette incision comprend seulement la peau que nous disséquons à droite et à gauche, de façon à bien voir les tendons extenseurs et fléchisseurs, ainsi que le point exact de jonction des deux premières phalanges. Nous constatons que les tendons sont doubles, qu'il est facile de couper ceux de l'orteil supplémentaire sans porter préjudice à l'autre, mais que les deux phalanges sont soudées si près de l'articulation, que pour ne pas ouvrir cette dernière il est préférable de décoller le périoste et de réséquer la phalange. C'est ce que nous faisons, à l'aide des pinces de Liston. L'opération terminée, nous réunissons les bords des lambeaux à l'aide de deux points de suture. Pansement alcoolisé phéniqué et ouaté légèrement compressif. Nous revoyons la petite malade le 19 juin. La réunion s'est effectuée par première intention. Nous enlevons les fils et appliquons un petit pansement unissant à l'aide de bandelettes de diachylon.

Obs. DXLVIII. — *Mal perforant du gros orteil. Repos. Pansements simples. Bains. Guérison.* — Renaud (Jean), cinquante-cinq ans, chiffonnier, entre le 19 décembre 1878, salle Saint-Augustin, n° 11.

Depuis dix-huit mois, il souffre d'un durillon qui s'est formé sous la face plantaire du gros orteil droit. Il s'est contenté d'entourer le doigt du pied d'un linge sec, et de temps en temps, quand il souffrait davantage, de cataplasmes. Il a continué à marcher beaucoup, et le durillon s'est ulcéré depuis six semaines. Entré dans le service, on constate tout autour d'une ouverture fistuleuse dont les bords sont très durs, d'aspect corné, de la rougeur et de l'empâtement. Un stylet introduit pénètre jusqu'à l'os recouvert encore de son périoste. La douleur est très vive non seulement autour de l'ulcération, mais dans tout l'orteil ; la pression exagère encore la sensibilité.

Repos au lit, pansements simples. Bains.

25 *décembre*. — Le malade s'est levé quelques heures et souffre beaucoup moins lorsqu'il appuie le pied sur le sol. L'ulcération se rétrécit.

On conseille au malade de ne pas marcher, et de tenir sa jambe étendue sur une chaise.

28. — L'ulcération a encore diminué, et avec le stylet on constate que la cicatrisation se fait aussi dans les parties profondes.

31. — Mieux très marqué. Le malade souffre à peine.

2 *janvier*. — Le malade presque guéri est envoyé à Vincennes.

Obs. DXLIX. — *Onyxis du gros orteil gauche. Ablation de la moitié*

interne de l'ongle avec sa matrice. Guérison. — Talsin (Jean), vingt-huit ans, sculpteur, entre le 5 juin 1877, salle Sainte-Marthe, n° 16.

Depuis quinze mois, douleurs vives, au côté interne du gros orteil gauche, occasionnées par des chaussures trop étroites. Il y a un an, première ablation de l'ongle : la matrice avait été conservée. Les accidents se reproduisent au bout d'un mois.

État actuel. — Rougeur très vive du bord unguéal interne ; des bourgeons charnus végètent au-dessus de l'ongle et laissent suinter continuellement un liquide séro-sanguinolent. Douleurs intenses ; impossibilité de mettre des chaussures en cuir. Le côté opposé est sain.

6 *juin.* — Avulsion de l'ongle et abrasion des chairs avec la matrice unguéale. Compression avec des rondelles d'amadou.

10. — On change l'appareil, pansement simple avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée.

15. — Plaie rosée, bourgeonnant bien. Répression des bourgeons avec le nitrate d'argent.

22. — Guérison. Le malade quitte le service.

Obs. DL. — *Ongle incarné du gros orteil. Incision médiane de l'ongle. Ablation des deux moitiés. Guérison.* — Auber (Henri), vingt-sept ans, serrurier, entre le 19 décembre 1877, salle Saint-Augustin, n° 8.

Depuis un an, il ressent de vives douleurs dans le gros orteil de chaque pied. Il n'en a pas moins continué à travailler et à marcher. Mais depuis cinq semaines les souffrances sont devenues intolérables ; impossibilité de mettre des chaussures de cuir.

Entré à l'hôpital, on remarque sur les bords interne et externe de l'ongle du pied droit une rougeur inflammatoire très marquée et une ulcération sur le bord interne, d'où s'échappent quelques gouttelettes de pus.

Sur le gros orteil du pied gauche, cette teinte rouge enflammée est limitée au bord interne de l'ongle ; pas d'ulcération. Sensibilité très grande exagérée par la pression.

On fait l'anesthésie locale avec la glace, puis l'ongle du gros orteil du pied droit est incisé dans sa partie médiane avec de forts ciseaux, et avec des pinces à dissection on enlève les deux moitiés de l'ongle.

On fait ensuite la compression avec des rondelles d'amadou maintenues par une bande.

Pour l'ongle de l'orteil du pied gauche, on l'incise dans son tiers interne avec de forts ciseaux, toujours après avoir fait l'anesthésie, et on pratique l'avulsion de cette portion d'ongle avec la pince à dissection.

La compression est également faite avec des rondelles d'amadou et une bande. Préalablement on avait fait l'hémostasie avec un tube

de caoutchouc enroulé autour de l'orteil à la manière de la bande d'Esmarck. L'opération avait lieu le 29 décembre 1877, et le 10 janvier le malade allait à Vincennes presque complètement guéri.

ORGANES URINAIRES PROPREMENT DITS (1)

Obs. CDV *bis*. — *Exstrophie de la vessie et vice de conformation des organes génitaux externes chez une femme.* — Gibert (Adèle), vingt-deux ans, brodeuse, se présente à notre clinique dans le courant de 1877.

Elle est atteinte d'exstrophie congénitale de la vessie avec vice de conformation des organes génitaux externes. La malade est de taille moyenne, et à part un certain degré d'anémie, l'état général est satisfaisant. Elle est bien réglée depuis l'âge de treize ans. Les règles sont abondantes et durent six ou sept jours. L'arrêt de développement présente les particularités suivantes :

Notable écartement des cuisses à leur racine, écartement apparent du pubis. La région périnéale, au lieu d'être triangulaire comme à l'état normal, a la forme d'un rectangle, dont le bord supérieur représenté par l'écartement du pubis, se continue avec la région hypogastrique, qui est extrêmement courte. Aucune trace de la cicatrice ombilicale. On trouve sur la ligne médiane et d'avant en arrière une tumeur du volume d'une pomme de moyenne grosseur, siégeant à la limite des régions pubienne et hypogastrique. Cette tumeur, d'aspect cutané plutôt que muqueux, est limitée en haut par une bride transversale cicatricielle. Sur les côtés elle se confond avec la peau. En bas, elle répond à un sillon profond, linéaire et transversalement dirigé. Sur les côtés de la tumeur, on voit deux petites éminences rougeâtres d'aspect muqueux, qui laissent échapper de l'urine d'une façon intermittente. Cette tumeur offre manifestement les caractères connus de l'exstrophie de la vessie. Les éminences au sommet desquelles viennent s'ouvrir les uretères ont 1 centimètre de hauteur. Elles se continuent elles-mêmes, inférieurement avec la peau des régions voisines. A 1 centimètre au-dessous de la tumeur vésicale, et toujours sur la ligne médiane, existe un orifice elliptique, allongé transversalement, mesurant 3 centimètres de largeur et 1 centimètre de hauteur. Cet orifice, qui représente l'entrée du vagin, est entouré d'un bourrelet cutanéo-muqueux. Au-dessous de cet orifice, le périnée est très large et offre une longueur qui rappelle la distance de la fourchette à l'anus. Ce dernier orifice est absolument normal. Aux deux extrémités de l'orifice elliptique, se trouvent deux tubercules du volume d'une aveline dirigés obliquement de dehors en

(1) Ces observations, sans une erreur de mise en pages, devraient se trouver p. 712.

dedans et de haut en bas, seuls vestiges des petites lèvres. La peau qui les recouvre est légèrement ridée. Chaque tubercule est limité en dehors par un sillon profond que l'on retrouve dans la région périnéale. De chaque côté on voit, en dehors de ce sillon, une éminence qui rappelle les grandes lèvres atrophiées. A l'extrémité supérieure de celles-ci, et plus éloignées encore du plan médian, vers le milieu du pli de l'aine, existent deux saillies sous-cutanées, simulant assez bien des pointes de hernies inguinales. C'est à ce niveau qu'on rencontre des poils. La saillie formée par la vessie est peu prononcée quand la malade repose ; pendant l'effort, au contraire, elle forme un relief mobile, comme si les intestins menaçaient de la rompre. L'orifice vaginal présente au toucher une sensibilité extrême due sans doute au contact de l'urine. Cette sensibilité se révèle même pendant l'anesthésie chloroformique. L'hymen est représenté par un repli transversal siégeant à 1 millimètre en arrière du bord supérieur de l'orifice elliptique. Au toucher, le doigt s'engage tout d'abord en avant, comme s'il y avait une sorte de cul-de-sac sur la paroi antérieure du vagin. Ce cul-de-sac se dirige du côté de la tumeur vésicale dont il est séparé par une cloison, dont l'épaisseur rappelle celle de la cloison vésico-vaginale normale. La limite supérieure de ce diverticule est représentée sur la paroi antérieure du vagin par une sorte d'arête, au niveau de laquelle le canal change de direction pour se porter en arrière. Cette arête n'est autre que la lèvre antérieure du col de l'utérus ; quant au canal postérieur, il se termine bientôt en cul-de-sac et représente en réalité le cul-de-sac postérieur du vagin. Le col a le volume qu'on rencontre d'ordinaire chez les femmes mariées. La distance du col à l'orifice du vagin est d'une phalange et demi. La longueur totale du vagin est de 2 phalanges en ajoutant à la distance précédente la profondeur des culs-de-sac. L'hymen n'offre aucune résistance pendant le sommeil. Le cathéter utérin introduit par l'orifice du museau de tanche s'arrête à 3 centimètres. Le palper hypogastrique au niveau de la vessie ne permet pas de reconnaître le corps de l'utérus. Le toucher rectal montre que cet organe est atrophié et présente le volume d'une noix. Le corps paraît bifide, la moitié gauche est facile à saisir immédiatement au-dessus du col. Les ovaires paraissent atrophiés. Au toucher, la symphyse pubienne offre un écartement qui mesure 11 centimètres. Ce sont les saillies des pubis qui forment au pli de l'aine les reliefs ovalaires sous-cutanés, simulant des hernies. La ligne qui réunit ces facettes articulaires passe sur le petit intervalle qui sépare les uretères de l'orifice du vagin. Nous faisons porter à la malade un appareil urinal. (Le sens génital a toujours été très développé chez cette personne).

Obs. CDV *ter*. — *Corps étranger introduit par l'urèthre dans la vessie. Crayon de* 6 *centimètres et demi de longueur. Extraction.* — Gely (Vir-

ginie), trente-cinq ans, couturière, entre le 16 juillet 1877, salle Sainte-Marthe, 36. Cette malade, bien réglée, sans antécédents pathologiques, ayant conservé intacte sa membrane hymen, s'était introduit, il y a 11 jours, dans la vessie, un bout de crayon ordinaire taillé, pour *calmer des démangeaisons* et pour *vaincre des difficultés qu'elle éprouvait pour uriner*. Depuis cette époque, irritation continuelle de la vessie, fréquentes envies d'uriner, douleurs parfois très vives, dont elle place le siège dans le bas-ventre, devenant plus intenses quand la malade était assise ou urinait, surtout à la fin de la miction.

Le 18 juillet on procède à l'extraction du corps étranger. L'urèthre est dilaté à l'aide d'une pince introduite dans le canal et dont on écarte progressivement les mors. Le doigt indicateur pouvant franchir le canal va à la recherche du corps étranger, que l'on trouve dans le bas-fond de la vessie. La pince ramène un bout de crayon mesurant 6 centimètres 1/2 de longueur et déjà recouvert de paillettes de matières calcaires. Le soulagement éprouvé par la malade fut immédiat. Elle quittait le service le 26 juillet.

Obs. CDV *quater*. — *Polype de l'urèthre. Récidive. Excision à l'aide de ciseaux courbes et du bistouri.* — Bardou (Joséphine), cinquante-sept ans, femme de ménage, entre le 26 janvier 1877, salle Sainte-Marthe, 40. Cette malade a déjà été opérée dans nos salles, au mois d'octobre dernier, pour un polype de l'urèthre qui s'implantait sur la paroi postérieure du canal. On en fit à cette époque l'excision avec des ciseaux (Voir *Clin.* 1876, obs. CCCLXXVIII, p. 603). Aujourd'hui la tumeur a récidivé ; elle se présente avec le volume d'une noisette ; sa surface est granuleuse, de couleur violacée, lie de vin. Consistance molasse, homogène. Elle adhère par sa base et sa périphérie aux parties voisines. Rien dans les ganglions.

27 *janvier*. — Chloroforme. — Excision de la tumeur et de la surface sur laquelle elle s'implante, avec le bistouri et les ciseaux courbes. Badigeonnage de la surface saignante avec le perchlorure de fer. Pas d'hémorrhagie. Après deux jours de repos à l'hôpital, la malade retourne chez elle. Diagnostic histologique : *Fibro-sarcôme très vasculaire.*

PÉRINÉE

Obs. CDV *quinquies*. — *Déchirure du périnée consécutive à un accouchement. Périnéorrhaphie. Succès.* — Perstavoine (Victorine), vingt-trois ans, passementière, entre le 25 janvier 1878, salle Sainte-Marthe, 39. Sa mère a toujours eu des couches laborieuses. La malade est petite, mais assez bien constituée, sans traces évidentes de rachitisme. Scrofule, ophthalmies, gourme, adénite cervicale dans

l'enfance. Réglée à quatorze ans, n'a pas vu de quinze à seize, depuis menstruation régulière, abondante; règles colorées, souvent mélangées à des caillots.

En 1877, première grossesse très pénible, douleurs lombaires et abdominales presque continues, gastralgie. Un médecin qui la vit au septième mois constata qu'elle avait un bassin étroit, mais pas assez néanmoins pour nécessiter un accouchement prématuré. — 15 *septembre* 1877. Accouchement; les douleurs durèrent trois jours; présentation par la tête; l'enfant resta 4 heures au passage et ne put être extrait qu'avec le forceps; il pesait 8 livres et ne vécut que 12 jours. Le passage de la tête détermina une déchirure complète du périnée. — Aucune précaution spéciale ne fut prise à cette époque. Les lèvres de la déchirure se cicatrisèrent isolément, il n'y eut pas d'autres accidents consécutifs.

État actuel. — A travers le périnée et le sphincter déchirés, on voit les parois antérieure et postérieure du vagin qui sont refoulées vers la vulve, comme s'il y avait un commencement de rectocèle et de cystocèle. Un écoulement catarrhal abondant, pareil à celui qu'on rencontre dans les vaginites chroniques, s'échappe de toute la surface de cette muqueuse. La surface déchirée est recouverte par un tissu inodulaire, aminci, qui forme une bride fibreuse résistante, au niveau de la portion restante du sphincter anal. La muqueuse qui tapisse la paroi postérieure du vagin s'étend jusqu'à cette bride, comme si elle avait une certaine tendance à s'échapper au dehors. Malgré tous ces désordres, la malade peut encore retenir ses urines et ses garderobes, mais celles-ci, pendant l'acte de la défécation, ont une certaine tendance à pénétrer dans le vagin.

2 *février.* — Opération. Les seules particularités que présente l'opération sont les suivantes: en raison de l'absence de tissu cicatriciel sur la ligne médiane, ou tout au moins par ce fait que ce tissu de cicatrice est uniquement représenté par une bride du diamètre d'une plume de corbeau, nous devons pratiquer l'avivement sur la paroi vaginale, sur une hauteur de 2 centimètres, en disséquant et en excisant cette muqueuse elle-même, tandis que sur les parties latérales, nous faisons l'avivement ordinaire, aux dépens du tissu inodulaire. Six pinces suffisent pour effectuer l'hémostasie temporaire et peuvent être enlevées sans inconvénient au moment du passage des fils; nous appliquons onze points de suture métallique à anses isolées, cinq profonds et six superficiels. Sonde à demeure dans la vessie.

Pas d'accidents consécutifs. Les suites de l'opération furent des plus heureuses. Il n'y eut pas de réaction fébrile. La réunion fut obtenue par première intention. On enleva les fils et la sonde le 16 février. Le 18 février, la malade se leva pour la première fois. Elle voulait partir ce jour-là, lorsqu'un embarras gastrique survint et prolongea son séjour jusqu'au 23 février 1878.

CHAPITRE XII

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

Nous avons assez insisté dans les volumes précédents et dans celui que nous publions aujourd'hui sur la façon dont nous traitons nos malades après les opérations, pour que nous jugions inutile d'en parler longuement. Au reste, les observations que nous livrons à la publicité sont assez explicites, assez détaillées, pour se passer de commentaires. Qu'il nous suffise de rappeler que tous nos pansements sont faits avec une solution composée d'une partie d'alcool camphré pour deux parties d'eau phéniquée à 1/40, que l'on peut étendre davantage suivant les circonstances. Toutes les fois que nous avons employé le pansement de Lister, nous l'avons noté dans l'observation.

Est-il besoin que nous fassions encore ressortir les immenses avantages que nous retirons chaque jour de l'emploi de nos pinces pour l'hémostasie?

On sait que nous nous contentons simplement du pincement des vaisseaux, et que nous ne le faisons pas suivre de la ligature comme ceux qui ont la prétention de nous imiter. Les observations nombreuses que nous publions montrent la supériorité de cette méthode, puisque nous n'avons jamais eu d'hémorrhagie sérieuse à combattre à la suite de nos opérations, et qu'il nous a suffi d'appliquer le pincement suivant nos principes toutes les fois que les malades ont été amenés du dehors avec des blessures vasculaires qui avaient provoqué des hémorrhagies dangereuses, pour arrêter l'écoulement du sang.

On peut voir, par les observations, que ce procédé est supérieur aux autres pour toutes les grandes opérations.

Il permet non seulement d'abréger leur durée, mais encore d'obtenir plus facilement la réunion par première intention tout en mettant sûrement à l'abri des hémorrhagies.

Il est rare, nous l'avons démontré, qu'il soit nécessaire de laisser longtemps les pinces dans les plaies : presque toujours, on peut les enlever immédiatement après l'opération, et lors même que le calibre des vaisseaux exige qu'on les laisse en place de deux à quarante-huit heures, elles ne gênent en rien la cicatrisation.

Cette méthode est aussi indispensable lorsque l'opération est faite avec le thermo-cautère ou l'écraseur linéaire que lorsqu'elle est faite avec le bistouri.

Il ne faut pas croire, en effet, que les instruments qui divisent les tissus en les sciant ou en les brûlant ne provoquent jamais d'hémorrhagies. Trop souvent, des opérations pratiquées dans ces conditions donnent lieu à des hémorrhagies primitives ou secondaires nécessitant l'application de nos pinces, qui permettent d'obtenir l'hémostasie sans faire d'aussi grands délabrements que s'il s'agissait de chercher à faire des ligatures.

Par ce moyen, nous obtenons aussi bien la réunion par première intention des plaies faites avec le bistouri que de celles produites par le thermo-cautère.

Journellement, il nous arrive, à la suite de pertes de substance faites avec le thermo-cautère pour enlever de grandes tumeurs ou une portion importante d'un conduit tel que le rectum ou le vagin, de rapprocher et de suturer les lèvres opposées des plaies faites avec le couteau rougi, et d'obtenir la réunion par première intention dans la plus grande étendue, bien que nous laissions provisoirement dans la plaie plusieurs pinces sortant au dehors par la partie déclive, et un tube à drainage. Dès que les pinces sont retirées, toutes ces surfaces divisées se réunissent presque aussi bien que si la dissection avait été

faite avec le bistouri, et le nombre des vaisseaux dont les ouvertures ont été pincées ne porte aucun préjudice à la rapidité de la cicatrisation.

Nous avons également décrit minutieusement le nouvel appareil que nous avons fait construire pour la trépanation et la section des os, et qui nous a rendu, dans les cas d'inflammation des os, de si importants services.

Nous devons encore appeler l'attention du lecteur sur les avantages que nous avons retirés de l'emploi du protoxyde d'azote sous pression, comme agent anesthésique dans les opérations chirurgicales.

On trouvera plus haut des considérations importantes sur cet intéressant sujet. De nombreuses observations relatives à des malades endormis par ce procédé, ont été relatées à la suite de notre travail sur l'anesthésie, et bien que les conclusions que nous avons tirées de cette expérience soient absolument concluantes, nous croyons cependant devoir mentionner quelques résultats plus récents empruntés à notre pratique hospitalière.

Obs. DLI. — 11 décembre 1879. Femme atteinte d'une *tumeur blanche* de l'articulation *tibio-tarsienne* droite. Dix-sept personnes assistent à l'opération. La pression de l'air est maintenue entre 110 et 114 centimètres de mercure, soit une suppression de $0^{m},34$ à $0^{m},38$. La température s'élève à 21°. Anesthésie complète en 50 secondes; sommeil calme et profond pendant l'amputation et le pansement. Durée totale de l'opération 27 minutes. L'amputation est faite par la méthode circulaire à quelques centimètres au-dessus de la cheville.

Obs. DLII. — Hachotte, vingt-neuf ans, 20 février 1880. *Hémorrhoïdes.* Cet homme, phtisique au début, est opéré par le thermo-cautère. L'anesthésie survient au bout de 75 secondes. Un peu de raideur au commencement. L'opération se fait dans d'excellentes conditions, sans que le malade ressente aucune douleur.

Obs. DLIII. — Friess (Laurent), trente-cinq ans, 28 février 1880. *Cancroïde de la lèvre.* L'anesthésie arrive après 150 secondes d'inhalation. Quand le sommeil est complet, on enlève le masque pour pouvoir opérer sur la lèvre. Le malade se réveille et redevient sensible au bout de 55 secondes. On réapplique alors le masque; il redevient insensible en 110 secondes. Au bout d'un certain temps, on retire de nouveau

le masque pour faire les sutures et le pansement. Cette manœuvre dure 6 minutes pendant lesquelles le malade suit les détails de l'opération sans rien sentir. La sensibilité reparaît 6 minutes 5 secondes après qu'on a enlevé le masque pour la dernière fois.

Obs. DLIV. — Sampsois (Hubert), quarante-un ans, bonnetier, salle Sainte-Marthe, 29. — 19 mars 1880. *Fistule anale ostéopathique.* Anesthésie : 110 secondes. Un peu de raideur, d'agitation. — Hallucinations. Durée de l'opération : 20 minutes. On enlève le masque ; réveil : 15 secondes. Le malade parle au bout de 25 secondes.

Obs. DLV. — Munier (Marguerite), soixante-un ans, journalière, Sainte-Marthe, 53. Récidive de *cancer du sein droit.* Anesthésie : 100 secondes; durée de l'opération : 8 minutes. Lorsqu'elle est terminée, on suspend l'administration du protoxyde d'azote. La sensibilité revient au bout de 15 secondes. On redonne le protoxyde pour faire les sutures et le pansement : cette manœuvre dure 6 minutes ; on cesse l'inhalation. Réveil : 50 secondes. La malade parle au bout de 110 secondes.

Obs. DLVI. — X..., Sainte-Marthe, 5. *Fistule anale.* 2 avril 1880. Anesthésie : 90 secondes. On commence l'opération après 160 secondes ; durée, 4 minutes ; un peu de raideur et d'excitation. Réveil : 35 secondes. Le malade parle aussitôt. Il rêvait qu'il « était à la guerre ». La sensibilité ne revient qu'au bout de 5 minutes.

Obs. DLVII. — X..., Sainte-Marthe, 54. *Tumeur du sein.* Anesthésie : 40 secondes. On commence l'opération, la cornée étant encore sensible. Pression 28 centimètres. On monte à 30 centimètres. Anesthésie complète. Opération, sutures et pansement, durée : 20 minutes. A la fin, expectoration de mucosités ; reprise de la sensibilité : 4 minutes après la cessation du protoxyde d'azote.

Obs. DLVIII. — Georges (Nicolas), dix-neuf ans, valet de chambre, salle Sainte-Marthe, 4. 8 avril 1880. *Tumeur ganglionnaire du cou.* Ablation. Adhérences nombreuses du ganglion enflammé avec les tissus environnants. Anesthésie : 30 secondes.

Le malade reprend la sensibilité 50 secondes après la cessation du protoxyde.

Obs. DLIX. — X..., 8 avril 1880. *Epithélioma de la lèvre inférieure*, à gauche, petit, ayant débuté il y a quatre mois. Pas de ganglions. Ablation. Incision en V.

Au bout de 55 secondes, le malade est complètement anesthésié. On ne commence l'opération qu'au bout de 185 secondes d'inhalation et l'on retire le masque. Pendant 6 minutes 40 secondes, le malade suit les détails de l'opération sans ressentir la moindre douleur.

Obs. DLX. — Georges Ledort, vingt ans, 15 avril 1880. *Ongle incarné du gros orteil du pied droit.* Anesthésie : 60 secondes. Agitation violente jusqu'à 90 secondes. Opération et pansement consécutif,

durée : 4 minutes et demi. Le malade parle 30 secondes après qu'on a retiré le masque, sans avoir recouvré la sensibilité. Quelques nausées.

Obs. DLXI. — Bouiller, quarante-quatre ans, 15 avril 1880. *Cancroïde de la joue droite.* Cette malade est dans un état très violent de surexcitation nerveuse. Anesthésie : 40 secondes. La malade parle après avoir perdu la sensibilité. Contracture. On commence l'opération après 125 secondes d'inhalation du protoxyde d'azote. Pour opérer on retire le masque ; réveil : 45 secondes. On redonne alors du gaz puis on retire de nouveau le masque pour achever l'opération. L'insensibilité a été complète.

Obs. DLXII. — Amilhat, cinquante-quatre ans, 22 avril 1880. *Epithélioma de la région temporo-sourcilière droite* ayant débuté il y a huit mois. Cautérisation il y a six semaines avec l'acide acétique.

On commence l'opération au bout de 90 secondes d'inhalation. Agitation. Anesthésie complète : 120 secondes. L'opération terminée, on retire le masque. Réveil instantané : intelligence complète. Le malade dit n'avoir rien senti.

Obs. DLXIII. — Laffineur (Henri), vingt ans et demi, garçon boucher. 22 avril 1880. *Kyste sébacé de la région sourcilière gauche* depuis un an. Anesthésie : 50 secondes. Après l'opération, le malade se réveille en 25 secondes et s'agite.

Obs. DLXIV. — Gaudon (Philippe), trente-un ans. 13 mai 1880. *Kyste sébacé.* — Kyste sébacé volumineux, siégeant sur le côté droit du cou. L'anesthésie est complète en 90 secondes. On commence alors l'opération : au bout de quelques instants, le malade s'agite assez violemment pour qu'il devienne difficile de lui maintenir le masque sur la face. Cette agitation cesse promptement, et on recommence l'inhalation qui, cette fois, marche bien. On enlève bientôt le masque et on laisse le malade se réveiller pendant que l'opération continue, il revient instantanément à lui et raconte qu'il croyait être chez un marchand de vin. L'anesthésie persiste ainsi près de quatre minutes. Ce malade, qui cependant voit son sang couler, affirme qu'on n'a pas encore commencé l'opération. Finalement, il sent le bistouri : on le rendort alors, puis quand l'anesthésie est de nouveau complète et que l'inhalation a duré un certain temps, on enlève définitivement le masque : l'opération s'achève et le pansement se fait sans que le malade en ait la moindre conscience. Pendant ce temps-là, il raconte qu'il rêvait être à l'hôpital, et faire à d'autres l'opération qu'on pratiquait sur lui-même. Il est tout joyeux, et son visage reflète une douce gaîté. L'anesthésie persiste 5 minutes. L'opération a duré environ 20 minutes.

Obs. DLXV. Renaut (Louis), vingt ans, garçon marchand de vins. *Phimosis.* — Après 40 secondes d'inhalation, on commence l'opéra-

tion. 4 minutes après, un peu de raideur. Le malade parle au moment même où l'on retire le masque. Dit avoir « senti au commencement, comme dans un rêve ». Opération et pansement : 9 minutes.

Les observations précédentes ne font donc que confirmer purement et simplement les conclusions que nous nous étions vus en droit de tirer de celles déjà nombreuses qu'on a pu lire au commencement de ce volume (p. 203 et suiv.). Aussi, n'est-ce pas à nous qu'il faut adresser des reproches, si, depuis la découverte de notre ami Paul Bert, un plus grand nombre de malades n'ont pas été anesthésiés par le protoxyde d'azote sous pression. La cause en est dans les difficultés que nous avons rencontrées pour avoir à l'hôpital la cloche métallique indispensable à la mise en pratique de ce procédé. Cependant, sur nos instances, l'administration de l'Assistance publique s'est enfin décidée à faire construire à l'hôpital Saint-Louis, une chambre à parois de tôle, attenante à notre amphithéâtre d'opérations, et où nous puissions faire comprimer l'air de façon à insensibiliser désormais nos malades par cette excellente méthode.

A l'heure actuelle, on travaille à l'exécution de cette cloche, et nous espérons que d'ici peu, il nous sera permis de reprendre le cours de nos expériences forcément interrompues pendant quelque temps.

Morcellement des tumeurs. — Depuis longtemps déjà, nous employons le morcellement pour l'ablation des tumeurs solides ; nous nous sommes appliqué à perfectionner et à généraliser ce procédé en raison des bons résultats qu'il nous a fournis. Nous publierons prochainement un travail assez étendu que nous avons préparé sur ce sujet, et dans lequel nous avons l'intention de faire entrer un grand nombre de figures destinées à mieux faire comprendre le mode d'application de cette méthode.

Nous nous contenterons aujourd'hui de présenter, sous une forme résumée, les considérations dont nous avons donné lecture à l'Académie de médecine, au mois de mars 1881.

On sait que le traitement des tumeurs se fait par incision,

par excision, par ligature, par énucléation, par écrasement, par broiement. Ces méthodes sont longuement décrites dans tous les traités de médecine opératoire : elles ne doivent pas nous occuper.

Il en est une autre sur laquelle les chirurgiens ont peu insisté et qui nous a donné les meilleurs résultats chez plusieurs des malades que nous avons soumis à l'appréciation des membres de l'Académie ; c'est celle à laquelle nous avons donné le nom de *morcellement.*

Elle consiste à diviser, au cours de l'opération, les tumeurs en plusieurs parties : deux, trois ou plus, dans le but d'en faciliter et d'en hâter l'extirpation.

A vrai dire, elle n'est pas indispensable pour l'ablation de toutes les tumeurs. Elle est surtout indiquée pour celles qui sont volumineuses, difficiles à poursuivre par dissection à la périphérie ; pour celles qui sont en rapport avec des organes délicats, qu'il faut ménager ; pour celles dont les vaisseaux, peu développés au centre, le sont, au contraire, tellement à la surface que l'hémostase serait difficile au coursde l'opération ; pour celles qui sont logées dans des cavités anfractueuses, et qui ne pourraient être attaquées par un autre procédé sans exposer à des délabrements inutiles ; pour celles qui, profondément situées, sont masquées par des organes importants du côté de leur implantation. Elle n'est guère contre-indiquée que pour les tumeurs qui, par leurs vaisseaux ou par ceux des organes qui s'y rendent, sont peu favorables à l'hémostase préventive, temporaire ou définitive, comme certaines tumeurs érectiles osseuses, lesquelles, d'ailleurs, sont exceptionnelles. Pour bien faire comprendre le mode d'application du morcellement, nous passerons en revue plusieurs séries de tumeurs.

La première série comprend celles qui sont sous-cutanées ou tout au moins peu profondes, entourées d'une capsule propre et placées au milieu d'organes qu'il est sans danger d'intéresser.

Bon nombre de ces tumeurs sont, comme on le sait, assez faciles à enlever par dissection ou par énucléation. Dans ces

cas, le morcellement a pour avantage d'amoindrir la durée et les difficultés de l'opération. Prenons par exemple une de ces tumeurs hypertrophiques ou sarcomateuses, pourvues de mobilité, que l'on observe communément dans l'épaisseur de la mamelle, et dont le tissu n'a pas encore contracté d'adhérences inflammatoires ou autres avec les tissus ambiants. Voici comment nous opérons leur ablation par morcellement :

La tumeur et les téguments qui la recouvrent étant saisis et tendus à la périphérie par la main d'un aide où par celle de l'opérateur, celui-ci pratique, suivant le grand axe, dans la direction la plus favorable à l'écoulement ultérieur des liquides plastiques, une incision qui intéresse à la fois la peau, le tissu cellulaire et la masse morbide elle-même jusqu'à sa face profonde. A ce niveau, le chirurgien redouble de précautions pour ne pas diviser les tissus sains. Cela fait, il saisit chaque moitié de la tumeur et l'extirpe avec les mains, la spatule ou le bistouri. Cet arrachement est exécuté aussi rapidement que possible, et quelques pinces hémostatiques suffisent à prévenir tout danger d'hémorrhagie.

A côté de ces cas, qui sont à la fois les plus rares et les plus simples, se placent ceux de la seconde série, qui présentent déjà un peu plus de difficultés.

S'agit-il, par exemple, des lipomes dits en masse ou de productions analogues? Tout d'abord l'opérateur procède comme ci-dessus à l'ablation de la portion principale de la tumeur. Mais il reste, à son pourtour, un ou plusieurs lobes qui étaient seulement annexés et qu'il faut également enlever. La méthode, pour cette raison, paraît un peu moins brillante, mais n'en est pas moins avantageuse en allégeant encore les difficultés et la durée de l'opération.

La troisième série comprend les tumeurs implantées plus profondément au milieu de muscles, de vaisseaux ou de nerfs importants, sur une aponévrose ou sur un os; ou bien les tumeurs ganglionnaires entourées d'une capsule propre et séparées par des cloisons ; ou encore les lobes multiples d'une glande hypertrophiée ou sarcomateuse. Voici comment nous appliquons alors le morcellement.

Si la tumeur est implantée sur une aponévrose par un pédicule, nous la coupons comme précédemment, puis nous en extrayons les fragments après avoir excisé le pédicule et placé sur lui des pinces hémostatiques. Si la tumeur est implantée sur un os par une base osseuse ou cartilagineuse, nous la sectionnons tout d'abord avec le bistouri, la gouge ou la scie de notre polytritome et nous enlevons la masse principale avec le davier. Cette manœuvre nous permet d'examiner sans difficulté le siège et le mode d'implantation et d'extraire à son tour, par morcellement, le pédicule. Pour mieux y parvenir, nous détachons avec la rugine le périoste qui entoure la base de ce dernier, nous fragmentons ensuite avec la gouge et le maillet la lame compacte qui émerge de l'os, et nous évidons, aussi largement qu'il convient, le tissu spongieux dégénéré ; grâce à ce morcellement, les dangers de l'opération sont notablement atténués.

S'agit-il de procéder à l'ablation des masses ganglionnaires conglomérées, hypertrophiques, caséeuses ou sarcomateuses, séparées par des cloisons cellulo-vasculaires et côtoyées de toutes parts par des organes importants? Dès que la masse principale de la tumeur est mise à découvert par une incision convenablement dirigée, il faut couper à son tour la capsule d'enveloppe des ganglions les plus superficiellement placés, puis inciser avec le bistouri ou la spatule le tissu morbide, le fragmenter et faciliter son ablation avec l'ongle ou tout autre instrument mousse. De la sorte, il ne restera que les cloisons intermédiaires qu'il n'y aura lieu d'inciser qu'au niveau des points les mieux situés pour l'écoulement ultérieur des liquides de la plaie.

S'agit-il d'enlever les lobes multiples d'une glande hypertrophiée? Après avoir successivement mis à nu, comme dans le cas précédent, chacun de ces lobes, le chirurgien incise la capsule propre qui les entoure, les énuclée et les excise successivement, tout en ayant soin de ménager les vaisseaux et les nerfs importants qui les recouvrent.

Dans une quatrième série, nous rangerons les tumeurs situées dans une cavité profonde, un canal, un sinus, une loge

splanchnique. Pour leur appliquer le morcellement, s'il est utile, le chirurgien devra nécessairement redoubler de précautions. Supposons, par exemple, qu'il veuille procéder à l'extirpation d'un polype naso-pharyngien qui envoie des prolongements volumineux dans les fosses nasales, la gorge, la joue, la tempe. Tout d'abord le chirurgien met à nu la tumeur au moyen d'un lambeau préliminaire emprunté aux parties molles et d'une résection partielle du maxillaire supérieur. Cela fait, au moyen de notre pince-scie, il coupe successivement, sans hémorrhagie, chacun des lobes de la tumeur jusqu'au point d'implantation.

S'agit-il d'un sarcome du sinus maxillaire qui, en s'étendant, en a détruit les parois osseuses et en a envoyé des prolongements dans les régions voisines, la tempe, la pommette, la joue? Nous commençons par mettre à nu le maxillaire en détachant les parties molles et en les relevant sous forme d'un lambeau. Ce temps de l'opération, grâce à nos pinces hémostatiques, s'exécute encore sans perte de sang. Cela fait, avec notre pince rachitome, nous coupons d'avant en arrière la voûte palatine osseuse en dehors de la cloison des fosses nasales, et avec la pince de Liston nous coupons transversalement la branche montante à la hauteur de l'unguis; puis avec un fort davier nous retirons par morceaux les portions nasale, alvéolaire et palatine du maxillaire, si bien que le tissu morbide se montre ensuite à découvert par ses faces antérieure et inférieure. Nous plaçons alors au fond de la fosse nasale correspondante et du sillon vestibulaire inférieur de chaque côté, près des bords de l'épiglotte, des éponges montées sur des pinces afin d'empêcher le sang de passer dans le larynx; puis, avec une gouge coudée, à tranchant large de 2 à 3 centimètres, nous enlevons par morcellement toutes les parties constituantes de la tumeur si bien que les parois distendues du sinus deviennent apparentes à leur tour. Celles-ci sont ensuite réséquées en conservant le périoste qui les double, s'il est sain, en l'excisant également, s'il est malade; et, pour ne rien négliger, l'opérateur termine en enlevant largement les prolongements profonds de la tumeur. Pendant ce temps,



les vaisseaux sectionnés sont comprimés avec des éponges ou avec des pinces hémostatiques.

Il est bien entendu que le manuel du morcellement sera dirigé suivant les mêmes principes quand les tumeurs occuperont le maxillaire inférieur, la langue, les amygdales, les joues et toutes les autres régions de la face. Et c'est grâce à cette méthode que nous pouvons journellement enlever de vastes productions morbides implantées dans les cavités nasale ou buccale avec une grande rapidité et sans crainte de voir le sang passer dans les voies aériennes en produisant l'asphyxie comme quelques chirurgiens éminents paraissent tant le redouter.

S'agit-il enfin de ces grandes tumeurs qui prennent naissance dans les cavités splanchniques, aux dépens d'organes qui ne sont pas indispensables à la vie, tels que l'ovaire, l'utérus, le rein, la rate, le mésentère?

En pareil cas, le morcellement donne parfois des résultats tellement avantageux qu'il ne faut pas hésiter à y recourir. En ce qui concerne les tumeurs ovariennes, c'est surtout pour celles qui sont aréolaires ou sarcomateuses que cette méthode est utile. Dès que, au moyen de l'incision préliminaire, la tumeur est mise à nu et qu'elle a été vidée partiellement par ponction, le chirurgien doit exciser les lobes qui s'opposent au détachement des adhérences, à leur attraction au dehors, en même temps qu'il broie avec la main les loges intérieures de la tumeur. Convenablement dirigées, ces manœuvres n'exposent pas aux hémorrhagies, surtout si le chirurgien se sert des pinces hémostatiques de divers modèles que nous avons fait construire depuis de longues années à cet usage.

S'agit-il de tumeurs spléniques, rénales, pelviennes, mésentériques? C'est alors que le morcellement devient nécessaire pour bien mettre à découvert la surface d'implantation. Lui seul permet de bien voir les vaisseaux et les organes accolés à la périphérie, de les pincer, de les lier, de les isoler. En agissant autrement, le chirurgien serait à chaque instant exposé à faire des délabrements inutiles, peut-être même à ne pas achever l'opération.

Quant au morcellement qui convient à l'ablation des grandes tumeurs kystiques et fibro-kystiques de l'utérus, nous l'avons déjà fait connaître à l'Académie. Nous n'y reviendrons pas. Il exige des précautions particulières en raison de la richesse et du calibre des vaisseaux périphériques. C'est pour ne s'être pas conformés aux règles que nous avons tracées que quelques chirurgiens l'ont combattu, objectant que, en pareil cas, il allonge sensiblement la durée de l'opération. Ce reproche serait fondé si nous avions proposé d'appliquer le morcellement aux tumeurs utérines peu volumineuses, pédiculées, faciles à attirer au dehors par une courte incision. C'est sans doute parce que dans leur pratique ces opérateurs n'ont abordé que l'ablation de ces petites tumeurs qu'ils ont combattu notre méthode. Mais leurs objections tomberont d'elles-mêmes quand ils ne craindront pas, comme nous, d'aborder spécialement l'ablation des grandes tumeurs qui remplissent toute la cavité pelvi-abdominale, c'est-à-dire celles dont l'ablation d'une pièce serait impossible, même en leur imprimant des mouvements de bascule et en faisant sur la ligne médiane du pubis à l'épigastre une incision démesurément longue. C'est alors que le morcellement seul est applicable. D'ailleurs les nombreux exemples de guérison que nous avons obtenus sont les meilleurs arguments à opposer à ceux qui préfèrent critiquer qu'appliquer notre méthode.

Les diverses séries de tumeurs que nous venons de passer en revue suffiront, je l'espère, à faire comprendre en quoi consiste la méthode de morcellement que nous avons l'habitude de mettre en pratique. Pour terminer ces considérations, nous poserons les conclusions suivantes :

1° Le morcellement est une méthode qui doit être classée parmi celles qui conviennent le mieux à l'ablation d'un grand nombre de tumeurs ;

2° Il consiste à attaquer ces dernières par leur intérieur et à les diviser du centre à la surface ;

3° Il est basé sur ce principe fondamental que la plupart des tumeurs sont moins riches en vaisseaux dans leur portion centrale que dans leurs couches périphériques ;

4° Il se pratique avec les mêmes instruments que pour les autres méthodes opératoires, bistouri, ciseaux, thermo-cautère, ligateur, pince-scie, etc.;

5° Il peut être combiné, suivant les indications, avec les autres méthodes d'ablation;

6° Il permet de diminuer la longueur des incisions préliminaires;

7° Il abrège la durée d'un grand nombre d'opérations et diminue considérablement les pertes de sang, surtout quand il est aidé de l'hémostase faite avec les éponges et les pinces hémostatiques;

8° Il permet de mieux voir, au cours de l'opération, les organes qui sont accolés aux tumeurs et de mieux les ménager;

9° Il est indispensable pour l'ablation des grandes tumeurs qui sont en rapport avec des organes profondément situés et difficiles à ménager;

10° Son application n'est pas indispensable pour l'ablation de certaines tumeurs; mais, pour un grand nombre d'autres, il donne des résultats supérieurs aux autres méthodes.

Opérations pratiquées dans le service de M. Péan du 1er janvier 1877 au 1er janvier 1879.

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS. Sexe.	Age.	État général.	MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT. Guérison.	Mort par	Page de l'ouvrage.	OBSERVATIONS.
M.	28	Anémique-scrofuleux.	Synovite chr. fong. de la gaine des péroniers.	Destruct. des fong. av. thermo-caut.	1		62	Ankylose des deux coudes depuis l'âge de 15 ans.
M.	32	Bon.	Mélanôme de la conjonctive.	Ablation.	1		139	Début : brûlure. 2 opérations antérieures; récidives.
M.	36	Satisfaisant.	Ulcérations mécaniques du pied.	Amputation intra-astragalienne.	1		148	Résection du cuboïde dix-huit mois auparavant.
M.	50	Alcoolique.	Ancienne fracture. Pied-bot, valgus consécutif.	Amputation des trois derniers orteils.	1		155	
F.	37	Cachect.	Rétrécissement du rectum.	Incisions des fistules avec le thermo-cautère. Rectotomie.	1		163	
M.	27	Bon.	Plaie par scie circul.	Ablation de 2 phalanges.	1		234	
F.	53	Bon.	Ostéite supp. du maxill. sup.	Ouverture de l'abcès avec le bistouri.	1		311	
M.	4	Scrofuleux.	Abcès ostéopathiq. du bras.	Ouverture avec le bistouri.	1		312	
M.	16	Scroful. cachect.	Ostéo-myélite nécrosiq. de l'humérus.	Incision cruciale.	1		312	
M.	19	Satisfaisant.	Ostéite raréfiante du médius.	Désarticul. métacarpo-phalangienne.	1		313	Dégénérescence fibro-graisseuse des parties molles.
M.	18	*Id.*	Ostéo-périostite du fémur. Abcès symptomatique.	Incision. Drainage.	1		314	
M.	12	Bon.	Ostéo-myélite aiguë de l'extrémité supérieure du tibia. Aspect typhoïde.	Amputation de la cuisse.	1		316	L'ostéo-myélite, au début, s'accompagna d'un abcès sous-périostique et d'un phlegmon diffus de la jambe et du pied. Trépanation. Puis propagation à l'articulation et au fémur, qui nécessita l'amputation de la cuisse.
M.	15	Bon.	Ostéite condensante du tibia.	Évidement et trépanation.	1		319	
M.	11	Aném. lymphat.	Nécrose du péroné.	Résection totale de la diaphyse.	1		321	Nécrose consécutive à une fracture.
M.	50	Bon.	Suppuration du sinus maxill.	Drainage.	1		322	Consécutive à une carie du maxill. sup.
F.	20	Satisfaisant.	Carie centrale du calcanéum.	Extraction des séquestres. Évidement.	1		324	
M.	40	Bon.	Carie du 1er métatarsien.	Résection.	1		326	
M.	42	Cachectiq.	Carie du 1er métatarsien, du 2e et du 3e cunéiformes.	Ablation des os malades.	1		329	Syphilis 18 ans auparavant; fièvres au Sénégal et à la Guadeloupe.
M.	64	Satisfaisant.	Carie de la phalangette du gros orteil.	Ablation.	1		330	
M.	38	Bon.	Nécrose du maxillaire supérieur.	Ablation des séquestres.	1		331	Parotidite à la suite de l'extraction.
M.	46	*Id.*	Nécrose du maxill. inf.	*Id.*	1		331	
M.	33	*Id.*	Nécrose de la branche horizontale du maxill. inf. consécutive à une ostéite compliquée de kyste et de fracture.	Extraction des séquestres. Évidement du kyste.	1		332	

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS. Sexe.	Age.	État général.	MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT. Guérison.	Mort par	Page de l'ouvrage.	OBSERVATIONS.
M.	59	Bon.	Nécrose du maxill. inf.	Extraction d'un séquestre.	1		334	Consécutive à l'avulsion d'une petite molaire.
M.	21	Lymphat.	Nécrose de l'humérus.	Ablation de séquestres.	1		335	
M.	18	Phym.	Nécrose de l'humérus.	*Id.*	1		336	
M.	29		Nécrose du grand trochanter.	*Id.*	1		337	
M.	37	Scroful.	Nécrose de l'extr. inf. du femur.	Extraction de séquestres.	1		338	Hydarthrose secondaire du genou.
M.	16	Cachect.	Sarcôme à petites cellules du frontal.	Ablation.	1		346	
F.	22	Satisfaisant.	Sarcôme myéloïde du sinus maxillaire.	Résection du maxill.	1		348	
M.	18	Scroful.	Sarcôme myéloïde du maxill. infer.	Résection de l'os.	1		350	
M.	19	Bon.	Sarcôme à petites cellules de l'omoplate.	Ablation.	1		352	
M.	19	*Id.* Satisfaisant	Exostose ostéo-cartilagin. de l'extrémité sup. de l'humérus.	Ablation.	1		352	Pleurésie intercurrente.
M.	16	Bon.	Exostose osteo-cartilag. de l'extrémité inf. du fémur.	Ablation.	1		356	Accidents de rachitisme dans l'enfance.
M.	11	Aném. Scrof.	Exostose ostéo-cartilag. de l'extrémité inf. du femur.	Ablation.	1		357	Exostose très volumineuse.
F.	38	Lymphat.	Ostéo-sarcôme de la cuisse.	Désarticulation.		Choc.	358	Sarcôme fasciculé developpé aux dépens du périoste du tiers inférieur du fémur. A la partie supér. enorme kyste qui se vida pendant l'opération.
M.	16	*Id.*	Exostose ostéo-cartilag. de l'extrémité sup. du tibia dr.	Ablation.	1		361	
M.	$10^1/_2$	Lymphat.	Exostose osteo-cartil. du tibia g.	Ablation.	1		363	Père syphilit. a eu deux autres enfants morts-nés.
F.	8	*Id.*	Exostose ostéo-cartil. du tibia d.	Ablation.	1		364	Ganglion sus-hyoïdien médian hypertrophié.
F.	30	*Id.*	Sarcôme de la jambe dr.	Amputation.		Septicémie.	366	Développé au niveau d'un foyer d'ostéite condens.
F.	14	Scroful. Cachect.	Exostose sous-unguéale du gros orteil.	Ablation. Evidement de la phalangine.	1		369	
M.	18	Satisfaisant.	Exostose sous-unguéale du gros orteil dr.	Ablation.	1		370	
M.	44	*Id.*	Arthrite tibio-tarsienne supp.	Résection des 2 malléoles.	1		386	
M.	45	Cachect.	Tumeur blanche du coude.	Résection.	1		398	
M.	24	Scroful. Cachect.	Tumeur blanche du coude dr.	Résection.	1		400	
M.	16	Lymphat.	Tumeur blanche du coude g.	Résection.	1		402	
M.	20	Aném. Satisfaisant.	Tumeurs blanches du poignet et de la main dr.	Destr. des fong. av. thermo-caut.			404	Amélioration.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1		406	Ignipuncture faite auparavant sans résultat satis-
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Résect. s.-périostée de la hanche.	1		407	

M.	37	Syphil.	Coxalgie dr.	Résection de la hanche.	1		411	En même temps, abcès froid à la partie moyenne du dos.
F.	17	Lymphat.	Tumeur blanche du genou g.	Amputation de la cuisse.		Choc.	414	Fongosités tuberculeuses. Dégénéresc. graiss. des muscles.
M.	37	Aném. Cachect.	Tumeur blanche du pied.	Amputation sus-malléol.	1		416	
M.	31	Scroful. Syphil.	Tumeur bl. tibio-tarsienne dr.	*Id.*	1		419	
M.	45	*Id.*	Tumeur bl. tibio-tarsienne et des articulations du pied g.	*Id.*		Dégénéresc. graiss. des principaux viscères.	421	Mort 101 jours ap. l'opération.
M.	17	Lymphat.	Tumeur bl. du pied.	*Id.*	1		423	
M.	36	Satisfaisant.	Tumeur bl. et carie tuberculeuse du pied dr.	Amputation.		Tubercu-lose pulmo-naire.	426	A la suite de l'amputation, érysipèle, sphacèle des lambeaux. Résection des extrémités nécrosées du tibia et du péroné.
M.	45	Bon.	Tumeur bl. du pied gauche.	Amputation sus-malléol.	1		428	
M.	61	*Id.*	Tumeur bl. du pied gauche.	*Id.*	1		431	
M.	51	Satisfaisant.	Tumeur bl. des art. métatarso-phalang. Nécrose des 2ᵉ, 3ᵉ et 4ᵉ métatarsiens.	Résection.	1		433	
M.	32	Bon.	Hygroma du genou g.	Ponction. Drainage.	1		434	
M.	19	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		435	
M.	38	Satisfaisant.	Hygroma prérotul. Grains riziformes.	Ponction inj. teint. iode.	1		436	
M.	46	Syphilit.	Kyste du sourcil gauche.	Extirpation.	1		451	Nécrose d'un fragment du frontal.
M.	19	Épileptique.	Ectropion cicatriciel.	Blépharoplastie.			452	Succès partiel.
F.	16	Satisfaisant.	*Id.*	Restaurat. de la paupière.	1		454	
M.	34	*Id.*	*Id.*	Blépharoplastie.	1		456	Consécutif à une pustule maligne.
F.	30	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		459	*Id.*
M.	40	Bon.	Épithélioma de l'angle int. des paup. et de la racine g. du nez.	Ablation.			459	Guérison de la plaie. Récidive sur place.
M.	48	*Id.*	Épithél. de la paup. inf.	Ablation.	1		462	Ap. l'opér. ectropion cicatric. Blépharoplastie. Succès.
F.	35	*Id.*	Angiome de la conjonctive.	Excision.	1		466	
M.	32	Scroful.	Cataracte double congénit.	Opération.			468	Succès partiel.
F.	36	Lymphat.	Épithélioma de l'oreille.	Ablation.	1		469	
M.	62	Bon.	*Id.*	*Id.*	1		471	
F.	73	*Id.*	Sarcôme fasciculé du lobule de l'oreille.	*Id.*	1 1		472	
M.	25	Scroful.	Tum. polyp. de l'oreille dr.	Extirpation.	1		473	Consécut. à une nécrose limitée du conduit audit. ext. Enlèvement du séquestre.
F.	18	Lymphat.	Polype de la caisse.	*Id.*			474	Amélioration.
M.	34	Bon.	Otite moyenne.	Trépanation de l'apophyse mastoïde.	1		475	
M.	59	*Id.*	Otite moyenne supp. Nécrose partielle de l'apophyse mast.	Extraction des séquestres.	1		476	Trépan. spont. de l'apophyse mast.
F.	39	*Id.*	Otite supp.	Trépanat. de l'apophyse mast.	1		477	
M.	19	Aném.	Otite moyen. Inflam. des cellules mastoïd.	*Id.*	1		477	
M.	16	Scroful.	Otite moy. Paralysie faciale.	*Id.*			478	Amélioration.
M.	36	Bon.	Otite moy. supp.	*Id.*	1		480	
M.	38	*Id*	Atrésie des narines.	Ouvert. av. le bistouri.	1		481	Consécutive à une variole confluente.

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS.			MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.		Page de l'ouvrage.	OBSERVATIONS.
SEXE.	AGE.	ÉTAT GÉNÉRAL.			GUÉRISON.	MORT PAR		
M.	40	Satisfaisant.	Acné sébacée de la face. Dégénéresc. épithél.	Ablation.	1		482	
M.	56	*Id.*	Cancroïde du nez.	*Id.*	1		484	
M.	16	Lymphat.	Kyste séb. supp. de la racine du nez.	*Id.*	1		487	
F.	46	Scroful.	Épithélioma du nez.	*Id.*	1		487	
F.	50	Satisfaisant.	*Id.*	*Id.*	1		489	
F.	32	Bon.	*Id.*	*Id.*	1		489	Résect. de la partie inf. des os propres du nez.
M.	10	*Id.*	Ostéo-fibrôme de la cloison des fosses nasales.	*Id.*	1		490	
F.	40	*Id.*	Fibro-sarc. des fosses nasales.	Extirpation.	1		492	Prolongement pharyngien.
F.	29	Satisfaisant.	Sarcôme des fosses nasales.	Ablation.	1		494	
M.	17	*Id.*	Polype naso-pharyngien.	*Id.*	1		496	Troisième récidive.
M.	49	Alcoolique.	Papillôme ulc. de la langue.	Amputation partielle.			501	Guérison de la plaie. Récidive rapide. Mort 5 mois après.
M.	70	Satisfaisant.	Épithél. tub. de la langue.	Ablation avec le bistouri.			502	Guérison de la plaie. Inv. consécut. des gang.
M.	51	*Id.*	Épith. de la langue et du plancher de la bouche.	Ablation av. thermo-caut.			503	Guérison de la plaie. Inv. second. des gang.
M	35	Bon.	Épithél. de la langue.	Amputation partielle.	1		504	Sphacèle de la pointe.
M.	46	Bon.	Anévrysme artérioso-veineux des vaiss. fémoraux.	Ligat. de la fémorale.		1	507	Anévrysme consée. à plaie de la cuisse. Pincement de l'artère au-dessus et au-dessous du sac. Sphacèle. Hémorrh. second. Enfin, ligature.
M.	23	*Id.*	Bec-de-lièvre g. Div. de la voûte et du voile du palais.	Autoplastie.			520	Succès partiel.
F.	28 j.	*Id.*	Bec-de-lièvre double. Saillie de l'os incisif. Div. de la voûte et du voile du palais.	Résect. de l'os incis. Avivt. Suture.	1		522	
F.	6 s.	*Id.*	Bec-de-lièvre gauche.	Avivt. Suture.	1		524	Fissure palatine. Div. du voile du palais.
M.	4 j.	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		524	*Id.*
M.	3 j.	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		525	*Id.*
F.	3 m.	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		526	*Id.*
M.	35	*Id.*	Adénôme de la lèvre inf.	Ablation av. bistouri.	1		527	
F.	74	Satisfaisant.	Cancroïde de la lèvre sup.	Ablation.	1		528	
M.	57	Bon.	Cancroïde de la lèvre inf.	*Id.*	1		529	
F.	69	Satisfaisant.	Épulis.	Ablation par le bistouri.	1		530	
M.	14	Bon.	*Id.*	*Id.*	1		531	
F.	42	Satisfaisant.	Tum. myélopl. de la gencive.	*Id.*	1		532	
F.	47	Bon.	Épulis fib.	Ablation.	1		532	
F.	11	Lymphat.	Périost. fong. Dégén. papil. du maxillaire supérieur.	Résection.	1		533	Consécut. au développ. d'une canine de 2e dent. dans l'épaisseur du tissu osseux.
M.	58	Bon.	Épithélioma.	Résect. du maxill. sup.	1		538	

M.	39	Satisfaisant.	Épith. du sin. maxill.	Ablation.	1		545	Voûte palat. et joue env.
M.	48	Bon.	Épith. du plancher de la bouche.	Ablation. Résect. du maxill.	1		547	
F.	33	Aném.	Tum. du sillon glosso-palat.	Ablat. av. thermo-caut.	1		549	
F.	25	Bon.	Grenouillette subling.	Séton filif.	1		552	
F.	60	*Id.*	Hernie omb. étrangl.	Kélotomie.		Péritonite. part.	560	
M.	21	*Id.*	Hernie ing. dr., étr. 26 heures.	Ponction du sac. Red.	1		563	
M.	20	Satisfaisant.	Hernie ing. g. étr. 2 jours.	Kélotomie.		Péritonite. part.	566	
M.	21	Bon.	Hernie ing. d. étr. 24 heures.	*Id.*		Périt. génér.	567	
M.	82	Cachect.	Hernie ing. d. étr. 2 jours.	*Id.*		Gangr. de l'intestin.	568	
F.	57	Satisfaisant.	Hernie crur. d. étr. 4 jours.	*Id.*		Gangr. de la cuisse. Gangr. limit. de l'intest.	570	
F.	49	*Id.*	Hernie crur. g. étr. 3 jours.	*Id.*		Péritonite.	573	3 tentatives de réduct. en ville.
F.	78	*Id.*	Hernie crur. g. étr. 3 jours.	*Id.*		Accès de dyspnée	574	
M.	58	Bon.	Fistule stercorale.	Tentative de suture.			580	Insuccès.
M.	40	Mauvais.	Occlusion intestinale.	Entérotomie.		1	582	Péritonite chronique.
M.	1 j.	Très chétif.	Imperfor. du rectum.	Anus contre nature artif.		1	584	Vice de conform. des org. génit.
F.	45	Satisfaisant.	Rétréciss. du rectum.	Divulsion.	1		586	
M.	23	*Id.*	Id. et fistules multiples.	Op. av. thermo-caut.	1		587	Rétrécis. simult. de l'urèthre.
M.	26	Aném. Cachect.	Épithél. du rectum.	Ablation thermo-caut.		Périt. génér.	590	Noyaux cancér. dans le périt. et le foie.
M.	64	Bon.	Épithél. de la rég. anale.	*Id.*	1		592	10 mois ap. gang. env. Mort.
M.	37	Satisfaisant.	Hémorrhoïdes ext.	*Id.*	1		595	
M.	62	Alcool.	*Id.*	*Id.*	1		597	
M.	32	Satisfaisant.	Fistule anale.	Incision av. bistouri.	1		598	
M.	40	Bon.	Fistule borgne ext.	*Id.*	1		599	
M.	34	Syphilit.	*Id.*	Débridement.	1		599	
M.	37	Aném.	*Id.*	Incision.	1		600	
M.	18	Bon.	Phimosis congen.	Circoncision.	1		606	
M.	20	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		607	
M.	59	Satisfaisant.	Phimosis.	*Id.*	1		607	Consécut. à eczéma.
M.	18	Bon.	Phimosis congen.	*Id.*	1		608	
M.	58	Alcool.	Paraphimosis irréduct.	Débridement. Circoncision.		Phlegmon scrotal.	608	
M.	24	Satisfaisant.	Épispadias congén.	Autoplastie.	1		609	
M.	24	Bon.	Papillôme verruq. du gland.	Excision.	1		611	
M.	44	Aném. Cachect.	Cancer de la verge.	Abl. av. thermo-caut.	1		612	
M.	30	Mauvais.	Fistule recto-vésicale.	Avivement. Suture.			614	Fist. consécut. à la taille. Succès partiel. Phthisie galopante. Mort.
M.	58	*Id.*	Rétréciss. de l'urèthre.	Uréthrotom. interne.	1		623	
M.	66	*Id.*	Rétréciss. mult.	Uréthrotom. externe. Taille hypogastrique.	1		629	
M.	54	*Id.*	Abcès urineux.	Incisions.		Infiltr. d'ur. Néphrite chroniq. Périt. chron.	633	

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS.			MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.		Page de l'ouvrage.	OBSERVATIONS.
SEXE.	AGE.	ÉTAT GÉNÉRAL.			GUÉRISON.	MORT PAR		
M.	57	Satisfaisant.	Sarcôme du pubis.	Extirpation.	1		636	
M.	34	Bon.	Varicocèle gauche.	Pincement des veines.	1		638	
M.	23	*Id.*	Hydrocèle enkys. du cordon.	Ponction.	1		640	Hernie ing. épiploïq. concom.
M.	46		Hydrocèle double.	Ponction. Inj. iod.	1		642	
M.	64		Hydrocèle gauche.	*Id.*	1		642	
M.	73		*Id.*	Ponction simple.	1		642	
M.	64		*Id.*	Ponction. Inj. iod.	1		642	
M.	58		*Id.*	*Id.*	1		642	
M.	46		*Id.*	*Id.*	1		642	
M.	?		*Id.*	*Id.*	1		642	
M.	59		Hydrocèle droite.	*Id.*	1		642	
M.	?		*Id.*	*Id.*	1		642	
M.	38		*Id.*	Ponction.	1		643	
M.	57		*Id.*	Ponction et inj. iod.	1		643	
M.	36		*Id.*	*Id.*	1		643	
M.	35	Bon.	Hydrocèle vag. dr.	Ponction.	1		643	H. en bissac simulant une hydroc. du cordon.
M.	37	*Id.*	Hématocèle traum.	Incision.	1		644	
M.	49	*Id.*	Hématocèle.	Ponct. Inj. iod.	1		646	Survenue dans le cours d'une hydroc.
M.	43	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		646	
M.	58	Satisfaisant.	Hémat. anc. de la tun. vag.	Castration.	1		648	
M.	23	Aném.	Testicule tuberc.	*Id.*	1		654	
M.	46	Satisfaisant.	Kyste spermat.	Ponct. Inj. iod.	1		659	
M.	50	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		659	
M.	44	Syphil.	Kyste du testicule dr.	Castration.	1		661	Kyste consée. à hémat. anc. et contenant des cristaux de cholestérine.
M.	30	Lymphat.	Sarcôme du testicule.	*Id.*	1		662	
M.	35	Syphil.	Fongus du testicule.	*Id.*	1		664	
M.	40	Alcool.	Sarcôme du testicule.	*Id.*		Phlegmon des bourses.	665	
M.	28	Satisfaisant.	Cancer encéphal. du test.	*Id.*		Étrangl. interne.	668	Tum. cancér. autour du duodénum.
M.	53	*Id.*	Cancer hématode du test.	*Id.*	1		670	
F.	17	Bon.	Prolapsus utérin. Col conique.	Évidement du col.	1		683	
F.	24	*Id.*	Polypes muq. du col utérin.	Arrachement.	1		685	Ulc. de la lèvre post. du col.
F.	25	Lymphat.	Allongement hypertr. du col.	Évidement.	1		686	
F.	37	Aném.	Polypes du col utérin.	Ablation.	1		688	
F.	48	Aném.	Myome du col.	Ablation par torsion.	1		689	
F.	66	Mauvais.	Polype utérin sphacelé.	Arrachement av. le doigt.	1		690	
F.	40	Satisfaisant.	Polype fib. de l'utérus.	Ligature du pédicule.	1		691	Chute de la tumeur 8 j. après la ligat.
F.	45	Aném. profonde.	*Id.*	Ablation par torsion.	1		692	Polype saillant dans le vagin.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Ligature du pédicule.	1		694	Chute 5 j. après la ligat.

F.	36	Aném. profonde.	Fibrôme utérin.	Ligature du pédicule.	1		698	Petits fib. multipl. Chute 6 j. ap. ligat.
F.	25	Bon.	Occlusion cicatr. du vagin.	Section de la bride. Dilat.		Péritonite.	700	
F.	27	Satisfaisant.	Hypertroph. des gr. et des petites lèvres.	Ablation av. thermo-caut.	1		702	
F.	?	Mauvais.	Hypertroph. des gr. lèvres.	Excision.		Abcès miliaires du foie.	704	
F.	28	Satisfaisant.	Kyste de la gl. vulvo-vagin.	Drainage.	1		704	
F.	44	Bon.	Épithél. de la vulve et du vagin.	Ablation av. le thermo-caut.	1		705	
F.	25	*Id.*	Fistule uréthro-vésico-vagin.	Autoplastie.	1		707	Paroi ant. du vagin complèt. détruite.
F.	26	Satisfaisant.	Fistule vésico-vagino-utérine.	*Id.*	1		708	
F.	21	Aném.	Fistule vésico-vagin.	Autoplastie.	1		710	1re op. suivie de succès partiel. 2e op. pour obturer un pertuis restant, suivie de mort. Péritonite.
F.	23	Bon.	Abcès sus-mamm.	Incis. bistouri.	1		719	
F.	25	*Id.*	Phlegmon. Abcès intra-mamm.	*Id.*	1		719	
F.	52	*Id.*	Hypert. de la mam. dr.	Ablation.	1		720	
F.	22	Satisfaisant.	Adénome kyst. du sein g.	*Id.*	1		721	
F.	22	Aném. lymphat.	Fibrome du sein dr.	*Id.*	1		723	
F.	37	Satisfaisant.	Myxome du sein g.	*Id.*	1		724	
F.	50	*Id.*	Sarcôme du sein dr.	*Id.*	1		725	
F.	38	*Id.*	Sarcôme des mam.	Ablation du sein droit.	1		726	Tum. du sein g. stationnaire.
F.	38	*Id.*	Sarcôme kyst. du sein dr.	Ablation.	1		727	
F.	43	*Id.*	Épith. tub. prémamm.	*Id.*	1		728	
F.	42	*Id.*	Squirrhe du sein dr.	*Id.*	1		730	
F.	54	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		731	
F.	39	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		732	
F.	47	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		734	
F.	61	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		735	Gang. ax. env. et cul. sauf petite portion adhérente aux vaiss.
F.	50	*Id.*	Carcinôme mou du sein g.	*Id.*	1		736	
F.	51	Aném.	Squirrhe du sein g.	*Id.*	1		738	Érysipèle intercurrent.
F.	44	Satisfaisant.	*Id.*	*Id.*	1		739	
F.	57	*Id.*	Squirrhe atroph. du sein g.	*Id.*	1		740	
F.	35	Aném.	*Id.*	*Id.*	1		741	Insuff. mitrate dep. 13 ans.
F.	54	Cachect.	Cancroïde du sein g.	*Id.*			743	Récidive rap. nouv. op. impossible.
M.	51	Satisfaisant.	Squirrhe du sein dr.	*Id.*	1		748	
M.	50	Bon.	Loupe de la rég. frontale.	*Id.*	1		753	Loupes multipl. du cuir chev.
M.	2 m.	*Id.*	Tum. érectile cong. du cuir chev.	*Id.*	1		755	
F.	32	Satisfaisant.	Lipome de la rég. tempor.	*Id.*	1		756	
F.	54	*Id.*	Épithél. du front. Récidive.	*Id.*			757	A quitté le service av. la cicatr. complète.
F.	47	Bon.	Pustule malig. de la face.	Cautér. fer rouge.	1		759	8 j. ap. l'accident.
M.	27	*Id.*	*Id.*	Inc. cruc. Caut. sublimé corr.	1		760	
F.	37	Satisfaisant.	Sarcôme de la rég. malaire.	Ablation.	1		762	7 op. et récid. ant.
M.	54	Tr. Aném.	Sarcôme de la joue dr.	Extirp. Résect. du max. sup.	1		765	Érysipèle intercur.
F.	68	Satisfaisant.	Épithél. tub. de la pommette.	Extirp.	1		767	Résect. d'une partie de l'os molaire.
M.	26	Bon.	Adénite de la rég. parotid.	Ponction. Drainage.	1		772	
M.	38	Lymphat.	*Id.*	Ponction. Inj. iod.	1		772	
M.	32	*Id.*	*Id.*	Ponction. Drainage.	1		773	
M.	9	*Id.*	Fistule lymph. de la rég. par.	Incision. Cautéris.			773	Amélioration.
M.	38	Bon.	Kyste gangl. parot.	Ablation.	1		775	

CONDITIONS INDIVIDUELLES DES OPÉRÉS.			MALADIE AYANT RÉCLAMÉ UNE OPÉRATION.	OPÉRATION.	RÉSULTAT.		Page de l'ouvrage.	OBSERVATIONS.
SEXE.	AGE.	ÉTAT GÉNÉRAL.			GUÉRISON.	MORT PAR		
F.	50	Satisfaisant.	Cancroïde auriculo-parot.	Ablation.	1		777	Paral. fac. conséc.
F.	17	Aném. lymphat.	Adén. chr. supp. du gangl. sus-hyoïdien médian.	Ablation par le bistouri.	1		781	
M.	17	Lymphat.	Hypertr. des gangl. sous-max.	Extirpation.	1		783	
M.	51	Aném.	*Id.*	Ablation.	1		784	
F.	54	Scroful.	*Id.*	*Id.*	1		715	
M.	45	Satisfaisant.	*Id.*	*Id.*	1		787	
M.	50	*Id.*	Épith. kyst. d'un gang. sous-maxill. dr.	*Id.*			788	Quitte l'hôpital avant la cicatr. complète.
M.	9	Bon.	Torticolis congénital.	Sect. s.-cut. du sterno-mast.	1		789	
F.	26	Satisfaisant.	Cicatrice vic. du cou.	Autoplastie.	1		790	
M.	58	Bon.	*Id.*	Section d'une bride.			791	N'est pas revenu nous voir.
M.	25	Syphil.	Adénite sterno-mast.	Incision.	1		792	
F.	12	Scroful.	Kyste hydat. sterno-mast.	Ablation.	1		794	
M.	69	Satisfaisant.	Abcès en avant du c. thyr.	Incision.	1		795	
F.	42	Aném. cachect.	Sarcôme des gang. sus-clavic. Récidive.	Ablation.	1		796	Erysipèle intercurrent.
M.	52	Satisfaisant.	Lipome de la rég. cervico-dors.	*Id.*		Tétanos.	797	
M.	66	*Id.*	Lipome de la nuque.	*Id.*	1		799	
F.	41	*Id.*	Sarcôme de la paroi thor.	Extirpation.		Septicémie.	803	
M.	76	Mauvais.	Épith. de la rég. sternale.	Ablation av. le bistouri.	1		806	
M.	46	Alcool.	Kystes mélicer. dos, fesse, etc.	Ablation par le bistouri.	1		809	
F.	43	Satisfaisant	Lipome de l'ép. gauche.	Ablation.	1		810	
M.	3	Bon.	Fibrôme (apoph. épin. de la 2e lombaire).	*Id.*	1.		811	
F.	52	Satisfaisant.	Abcès froid de la rég. dors.	Ponction. Drainage.	1		813	
F.	10	*Id.*	Kyste sang. de la rég. ischio-rectale dr.	Ablation.	1		815	
M.	60	Bon.	Myxôme (rég. ano-cocc. g.).	*Id.*	1		816	
M.	4	Scroful.	Kyste derm. ano-coccyg.	*Id.*	1		818	
F.	18	Lymphat.	Fistules de l'aiss.	Incision av. le bistouri.	1		824	
F.	19	Satisfaisant.	Adén. supp. de l'aiss. dr.	Ablation.	1		824	
M.	40	Phym.	Adén. caséeuse (gang. ax.).	*Id.*	1		826	
F.	31	Aném.	*Id.*	*Id.*	1		828	Lymphangite du bras.
F.	23	Lymphat.	Hypertr. des gang. ax. g.	Extirpation.	1		830	
M.	16	*Id.*	Adéno-lymph. de l'aiss. dr.	Ablation.	1		832	Ponct. en 1874.
M.	52	Bon.	Sarcôme des gang. ax.	*Id.*	1		834	
F.	42	Satisfaisant.	Lipome enkys. de l'aiss. g.	*Id.*	1		835	
M.	27	Bon.	Phlegmon diff. prof. du bras.	Incision. Drainage.	1		837	
M.	24	Satisfaisant.	Kyste s.-p. du bras dr.	*Id.*	1		838	
M.	18	Bon.	Furoncle de l'av.-bras.	Incision.	1		839	
M.	24	*Id.*	Pust. malig. de l'av.-bras.	Inc. cruc. Caut. sublimé.	1		840	

M.	20	Satisfaisant.	Kyste pur. de l'av.-bras.	Ablation.	1		841	
F.	33	*Id.*	Kyste syn. du poignet g.	*Id.*	1		842	
F.	19	Scrof. Aném.	*Id.*	*Id.*	1		844	
M.	32	Bon.	Kyste du poignet dr.	Ponct. s.-cut.	1		844	
F.	22	Lymphat.	Kyste syn. du poignet dr.	*Id.*	1		846	Ecrasement ant sans succès.
M.	35	Satisfaisant.	Kyste du poignet dr.	*Id.*	1		847	
F.	21	*Id.*	Kyste syn. du poignet g.	Ponction.	1		847	Empât. de l'av.-bras.
M.	39	*Id.*	Rétract. des ap. palm.	Sect. des brides.	1		848	
M.	36	*Id.*	Phlegmon de la main et de l'av.-bras.	Incision.	1		850	Guérison lente.
M.	43	Bon.	Kyste sang. pur. du 1er esp. inter. métacarp.	Ponction.	1		851	
F.	9	*Id.*	Ang. érect. du pouce.	Ablation.	1		852	
F.	39	Satisfaisant.	Enchondr. du médius dr.	Désarticul.	1		855	
M.	41	*Id.*	Anthrax de la fesse.	Inc. cruc.	1		859	
F.	54	Bon.	Fibr. doul. du pli fessier.	Ablation.	1		860	Petit fibr. s.-cut.
F.	32	Aném. prof.	Épith. de la fesse.	*Id.*	1		862	Développ. sur cicatr. de brûl.
M.	45	Bon.	Furoncles de l'aine.	Incis.	1		864	
M.	41	*Id.*	Abcès de l'aine.	Ponct. Drainage.	1		865	
F.	21	Scrof. aném.	Tum. gangl. de la rég. ing	Ablation.	1		867	
M.	35	Satisfaisant.	Lipomes de l'aine.	*Id.*	1		869	Lip. volum.
F.	36	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		870	
M.	52	Lymphat.	Sarc. des g. ing. crur.	*Id.*	1		872	
F.	24	Satisfaisant.	Phlegmon de la cuisse dr.	Ponction. Drainage.	1		874	
M.	38	*Id.*	Abcès prof.	*Id.*	1		875	
M.	16	Lymphat.	Abcès de la cuisse.	Incis	1		875	
M.	17	*Id.*	Épanch. sang. de la cuisse. Périostite.	Incis. Drainage.	1		877	
M.	25	Bon.	Kyste hydat. de la cuisse d.	Ponction.	1		878	
F.	55	Satisfaisant.	Fibr. sarc. de la c. Récidive.	Ablation.	1		878	
M.	61	Mauvais.	Sarcôme de la cuisse.	Amput. de la cuisse.		1	880	
M.	12	Lymphat.	Kyste du jarret.	Ponction.	1		883	
M.	3	Bon.	Kyste sér.	*Id.*	1		885	Développ. dans la bourse sér. s.-jacente au jumeau int.
M.	50	*Id.*	Kyste séb. rétro-malléol.	Incis.	1		886	
M.	32	*Id.*	Papill. ulc. du 3e orteil.	Ablation.	1		887	Développ. exag. du pied droit.
F.	27	*Id.*	Pied-bot éq. var.	Ténot. s.-cut. du tendon d'Achille.			888	Insuccès.
M.	70	Satisfaisant.	Abcès du cou-de-pied g.	Incis.	1		891	
M.	24	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		891	
M.	29	*Id.*	Abcès de la face dors. du pied.	*Id.*	1		892	
M.	33	*Id.*	*Id.*	*Id.*	1		892	
M.	44	*Id.*	Papill. du pied droit.	Ablation.	1		894	Périost. des tibias. Iod. pot. G.
M.	59	Bon.	Tum. fibr. du pied.	*Id.*	1		895	
F.	3	*Id.*	Petit orteil surnum. du pied dr.	*Id.*	1		897	Posit. vic. de l'av. dern. orteil.
M.	28	*Id.*	Onyxis du gros orteil.	Ablation de la 1/2 int. de l'ongle.	1		898	
M.	27	*Id.*	*Id.*	Ablation des 2 moitiés.	1		899	
F.	35	*Id.*	Corps étrang. de la vessie.	Extract.	1		901	Crayon de 6 cent. 1/2.
F.	57	Satisfaisant.	Polype de l'urèthre.	Excision.	1		902	Enlevé une 1re fois 3 mois avant.
F.	23	Scroful.	Déchirure du périnée.	Périnéorrhaphie.	1		902	Consécut. à un accouch.

En résumé, sur 314 opérations pratiquées dans notre service du 1er janvier 1877 au 1er janvier 1879, nous obtenons les résultats suivants :

Guérisons.	289
Morts.	25

Soit 92,04 guérisons p. 100, et seulement 7,06 morts.

Si des guérisons, nous retranchons 17 cas dans lesquels nous n'avons obtenu que des améliorations ou des succès partiels, il nous reste :

Guérisons.	272
Morts.	25
Succès partiels.	17

Si l'on entre dans le détail de nos opérations et que l'on prenne, par exemple, celles qui ont été pratiquées sur les os, amputations, résections, désarticulations, on pourra voir que la moyenne des résultats obtenus ne varie que d'une très petite quantité.

Ainsi, sur 53 malades opérés, il y a 48 guérisons et 5 morts, ce qui donne la proportion de 90,5 guérisons p. 100.

Seule, la série des kélotomies fait exception ; c'est là, en effet, que la mortalité a sévi avec le plus d'intensité. Mais si l'on réfléchit aux conditions dans lesquelles ces opérations ont été pratiquées, on s'étonnera moins du petit nombre de guérisons que nous avons à enregistrer. Les malades ont, dans presque tous les cas, été amenés trop tard à l'hôpital, alors que des tentatives de réduction avaient été déjà essayées inutilement en ville. De plus, presque toujours, les opérations sont faites d'urgence, pendant la journée, sans que nous puissions nous-même y assister. En ville, où les conditions sont toutes différentes, la guérison est, pour nous, une règle absolue. On voit par les tableaux qu'un seul malade est entré 24 heures après le début des accidents ; tous les autres ne nous ont été envoyés que 2, 3 ou 4 jours après

l'étranglement de la hernie. On comprend facilement combien étaient diminuées nos chances de sauver la vie de ces malades.

Nous sommes heureux de constater combien les résultats de notre pratique hospitalière sont encourageants. La statistique que nous publions aujourd'hui est encore meilleure que la dernière, puisque celle-ci nous donnait une proportion de 85,4 guérisons p. 100, et que maintenant nous arrivons au chiffre de 92,04.

On ne peut nous objecter que nous faisons entrer dans nos calculs des opérations de peu d'importance, puisque les résultats des grandes opérations, amputations, résections, désarticulations, etc., fournissent également un chiffre très considérable.

APPENDICE

OPÉRATIONS DE GASTROTOMIE

Dans ce volume, comme dans ceux qui l'ont précédé, nous continuons à publier intégralement, et dans l'ordre où elles ont été pratiquées, la statistique et les observations assez abrégées pour être résumées en tableaux, de nos opérations de gastrotomie. L'ordre que nous adoptons pour leur classement est également le même. Ce n'est donc, à proprement parler qu'une suite que, nous apportons à nos précédentes publications, restant ainsi fidèle à l'engagement que nous avons pris dès le début de notre pratique.

Cette troisième série comprend le relevé de toutes les opérations que nous avons faites depuis le 1er janvier 1878 jusqu'au 1er juillet 1881 : 1° pour les *tumeurs liquides* de l'ovaire, du ligament large, de l'épiploon, du mésentère et du péritoine ; 2° pour les tumeurs solides ou fibro-cystiques de l'utérus ; le titre de ce 2e groupe étant *hystérectomies*, nous avons placé dans cette même division les hystérectomies pratiquées pour l'extirpation des tumeurs utéro-cystiques.

Les abréviations et signes conventionnels que nous avons employés pour la rédaction de ces tableaux sont les mêmes que dans les précédentes éditions. Ils ont été expliqués à la page 650 du tome Ier de nos *Leçons de clinique chirurgicale.*

TROISIÈME SÉRIE

DES GASTROTOMIES PRATIQUÉES POUR L'ABLATION DE TUMEURS LIQUIDES DE L'OVAIRE, DU LIGAMENT LARGE, DE L'ÉPIPLOON, DU MÉSENTÈRE, DU PÉRITOINE,

Depuis le 1er janvier 1878 jusqu'au 1er juillet 1881.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTERIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
300	3 janvier 1878.	32	Lig. large. G.	U.	Sé.	Religieuse. Bonne santé habituelle. Début mal déterminé. 1re reconnaissance de la tumeur il y a 18 mois. Pas de ponction. Incision courte. Pas d'ascite ; pas d'adhérences ; trompe en sautoir sur la tumeur. 10 litres de liquide séreux, incolore, non filant. Pédicule représenté par un simple étranglement ; le sac envoie un prolongement dans l'épaisseur du ligament large dédoublé. Ce prolongement, lié en 2 moitiés, peut être attiré entre les lèvres inférieures de la plaie, y être fixé et être traité comme un pédicule externe.	Guérison.	
301	17 janvier 1878. Dr Cervaux	22	G.	U.	H.	Lymphatique, un peu d'embonpoint, pourtant bonne santé habituelle. Enfant de 18 mois. 1re reconnaissance de la tumeur, lors de l'accouchement. Tumeur très dure, lisse, unie, fluctuation très difficile à saisir à travers une couche de graisse de 5 à 6 centimètres. Pendant l'incision des parois, la pointe du bistouri atteint le kyste et y fait une saignée ; jet d'un liquide brunâtre, hématique, qui s'élève à 12 ou 15 centimètres de haut ; aussitôt recueilli au moyen des éponges ; la petite plaie est pincée et l'opération peut suivre la marche habituelle. Ponction : 12 litres de liquide hématique. Ligature du pédicule en deux moitiés ; fixation à l'angle inférieur de la plaie. Toilette du péritoine au moyen des éponges montées ; il n'existait pas d'adhérences. La toilette dut être prolongée et très soigneuse, du liquide du kyste étant tombé dans le ventre. Tout ce liquide fut soigneusement étanché. Les parois du kyste étaient très épaisses et fortement fibreuses.	Mort au commencement du 9e jour. Le 2e jour, selle spontanée ; 2e et 3e jour, grande agitation ; 4e jour, 2 lombrics rendus par la bouche. A partir du 5e jour, les selles manquent ; le 6e, symptômes d'étranglement interne ; 8e jour, vomissements fécaloïdes ; 9e, accidents du choléra herniaire.	
302	7 février 1878. Dr Cammartin.	49	Lig. large. G.	U.	H.	Très affaiblie. Début il y a 2 ans 1/2. Dans les derniers mois, poussées violentes de péritonite. Incision longue ; pas	Morte le 9e jour par septicémie.	

						le kyste est sessile ; qu'il vient de la profondeur du ligament large ; la main introduite dans la cavité kystique disparaît entièrement dans le dédoublement du ligament. On reconnaît aussi que tout ce fond est végétant. Devant l'impossibilité d'énucléer, on enlève la majeure partie de la poche pour conserver une partie du fond, qui n'est pas dégénérée, et qui sera traitée par suppuration. Les bords de la portion de poche conservée sont suturés aux surfaces correspondantes des lèvres de la plaie des parois. Le reste de la plaie est fermé comme de coutume. Le fond du kyste n'étant pas lié, 8 pinces hémostatiques sont laissées à demeure jusqu'au lendemain sur la surface de section afin d'obvier à la possibilité d'une hémorrhagie. Tube dans le cul-de-sac conservé par lequel on fait plusieurs fois par jour des injections dans la cavité.	
303	4 mars 1878.	24	Lig. large. D.	U.	H.	Lymphatique et délicate. Pas d'enfant. Bien réglée. Début 3 ans. Incision courte. Pas d'adhérences, pas d'ascite. Ponction : 9 litres de liquide sanguin, brunâtre, vieilli. La tumeur émerge du fond du ligament large. On l'enlève en totalité, moins une petite portion du fond, dont on dispose l'orifice en goulot, que l'on suture aux lèvres de la plaie des parois et qui sera traitée par suppuration.	Mort à la fin du 3e jour par péritonite aiguë.
304	12 mars 1878.	38	G.	U.	Sé.	Non mariée. Début ? Bon état général. Volume moyen de la tumeur. Ponction : 10 litres. Quelques adhérences très solides dans le fond du bassin, sur le mésentère. Pédicule très court, lié en deux moitiés, fixé à l'angle inférieur de la plaie. Pour libérer le kyste de ses adhérences postérieures et profondes, on détacha quelques feuillets fibreux de son épaisseur. Ces feuillets conservés furent attirés entre les lèvres de la plaie, un peu au-dessous du pédicule, et fixés en ce point au moyen d'une épingle les traversant.	Guérison.
305	5 avril 1878. Dr Barrault	54	G.	Mix.	Vis.	Pas d'enfant, n'est plus réglée. Très épuisée, œdème des jambes. Début : 14 ans. Six ponctions antérieures. Ventre énorme ; tumeur en deux portions : aréolaire dans la moitié gauche et en bas ; liquide dans la moitié droite ; très irrégulière, lobulée. Incision longue ; ponction de la grande loge : 10 litres de liquide visqueux. La masse aréolaire, peu réductible, est difficile à dégager, ce qui a nécessité la longue incision des parois. Adhérences pariétales sans importance ; mais, par sa face postérieure, la tumeur adhère au mésentère ; le décollement cause une hémorrhagie en nappe que l'on arrête par les pinces hémostatiques. Sur une surface très saignante assez étendue, compression au moyen d'une pince à plateaux plats doublés d'amadou. A la fin, 4 ligatures perdues faites de fil très fin. Pédicule long et grêle, venant de l'ovaire gauche, lié en deux moitiés et fixé à l'angle inférieur de la plaie.	Premières suites très favorables, bien que la malade, qui s'est refroidie, tousse beaucoup. Le soir du 6e jour, pendant un effort de toux, le pédicule se détache ; le moignon, compris entre les lèvres de la plaie, rétrocède dans le ventre. La nuit, symptômes de péritonite suraiguë. Meurt le lendemain au soir.

Nos D'ORDRE	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
306	30 avril 1878. Drs Duménil (de Rouen) et **Paul Dubois.**	35	D.	Mix.	Vis.	Femme très délicate ; troubles digestifs, menstruation normale. Début : 8 mois (?). Une ponction en décembre précédent. Douze litres de liquide un peu louche, visqueux. A la suite, poussée intense de péritonite. Tumeur très irrégulière, à gros lobes. Pas d'ascite. Ponction : 9 litres de liquide visqueux, mais le volume de la tumeur n'est que peu réduit. Kyste en grappe, de structure surtout aréolaire. Le grand épiploon est intimement adhérent en avant ; il s'étale sous la forme de feuillets séreux très délicats. On les décolle avec l'ongle, en les saisissant dans des pinces s'ils saignent. Les très nombreuses franges d'épiploon, ainsi décollées, finissent par représenter une surface considérable. Le pédicule vient de l'ovaire droit, il est assez gros. Lié en deux moitiés, et fixé à l'angle inférieur. Quant aux franges épiploïques décollées, on les fixe un peu plus haut, entre les lèvres de la plaie, où on les assujettit, en les traversant par une épingle, au moment de fermer la suture. Puis, l'opération terminée, on les saisit dans un clamp et on excise au fer rouge toute la portion procidente.	Guérison.	
307	12 mai 1878. Dr P. Bert.	27	G.	M.	Vis.	Forces conservées ; robuste. Début : 2 ans. Une ponction capillaire antérieure : liquide visqueux. Grossesse intercurrente, marche très rapide de la tumeur à la suite. Incision dépassant l'ombilic ; pas d'adhérences pariétales, mais la tumeur est coiffée par l'épiploon, qui s'épanouit en feuillets très fins, non hypertrophiés. Ponction de la plus grosse loge, 11 litres de liquide visqueux ; l'ouverture des autres donne un total de 16 litres. Puis on décolle l'épiploon aux dépens de la paroi propre du kyste. Toute la grande étendue d'épiploon ainsi libérée est comprimée avec des pinces, puis dans une serviette chaude. Pendant ce temps, on termine le dégagement de la tumeur dont le pédicule, modérément gros, assez long, est lié en deux moitiés, puis fixé à l'angle inférieur. La portion d'épiploon décollée paraît trop éraillée et trop saignante pour être remise sans inconvénient dans le ventre. On la lie en masse, la fixe au-dessus du pédicule, puis, la suture faite, on la saisit dans un clamp et on la cautérise.	Guérison.	
308	28 mai 1878. Dr Boulant.	32	G.	U.	Sé.	Bonne santé habituelle. 2 enfants. Début ? Pas de ponction antérieure. Incision courte ; pas d'ascite. Pas d'adhérence. Ponction d'un kyste uniloculaire qui n'offre de particulier que de montrer certains espaces ramollis : 20 litres de liquide	Guérison.	

						3 ans à s'établir et qui n'est définitive que depuis 4 mois. Non mariée. Lymphatique, originellement faible; actuellement cachectique. Pas de ponction. Incision courte : 2 litres d'ascite. Tumeur multiloculaire, non adhérente, à paroi très friable, ramollie par places. Ponction : 8 litres de liquide très visqueux. Pédicule assez long, lié en deux, fixé à l'angle inférieur. Le péritoine pariétal est d'un rouge sombre, dépoli, lavé par l'ascite.		de la suture sont enlevés. Le 8e, par un décollement de la plaie de 4 cent. de long. une frange épiploïque vint faire hernie pendant un vomissement. Elle fut réduite peu après, et trois épingles furent replacées. Les vomissements ne reparurent plus.
310	25 juin 1878. Dr Cassagne.	40	G.	U.	Sé.	Assez bonne santé. 2 enfants. Début : 2 ans. Pas de ponction. Tumeur énorme, lisse, unie, bien fluctuante. Incision courte, pas d'ascite. Ponction : plus de 30 litres de liquide séreux, comme de l'eau de roche. Pédicule près de l'ovaire gauche; à côté, l'ovaire est un peu gros. Ligature en deux moitiés. Fixation à l'angle intérieur.	Mort par étranglement interne le 7e jour.	
311	2 juillet 1878. Dr Toutée.		D.	Mix.	Vis. Pu.	Menstruation régulière jusqu'en janvier; depuis cette époque, métrorrhagies. 5 enfants. Hernie inguinale à droite, de date ancienne, jamais contenue. Très épuisée. Début? Incision un peu longue : 1 litre d'ascite. Epiploon adhérent en avant. Ponction des diverses loges, plusieurs sont suppurées : 9 litres. On décolle l'épiploon adhérent, qui reste saignant et que l'on pince au fur et à mesure. Attraction de la poche; il reste à droite une grosse masse aréolaire qui forme la majeure partie de la tumeur. Pédicule assez long, peu épais, lié en deux moitiés, fixé à l'angle inférieur. Epiploon réduit dans le ventre. L'ascite est absorbée dans le fond du bassin au moyen de serviettes.	Guérison.	Au moment où la guérison était complète, une hernie crurale, qu'elle portait, sortit sous l'influence de la toux et fut incomplètement réduite. La kélotomie pratiquée un peu tard fut suivie de mort le lendemain.
312	30 juillet 1878. Dr Darin.	52	Lig. large. D.	Mixte. Cancer.	Vis.	Réglée à 11 ans, régulièrement. 2 enfants, 2 fausses couches. A 22 ans, péritonite aiguë, puis chronique. N'est plus réglée depuis 2 ans. Début il y a 11 ou 12 ans. 1e Ponction, il y a 10 ans; à la suite, la tumeur est restée pendant longtemps peu apparente. 2e Ponction en avril dernier; la 3e en juin. Tumeur molle, fluctuante, à grosses bosselures. Sensibilité dans le flanc droit. Incision dépassant l'ombilic. Ponctions des diverses loges principales donnant des liquides variés de couleur, mais tous visqueux. Adhérences pariétales généralisées. Les loges vidées (15 litres), il reste une masse aréolaire du volume de la tête. Deux brides épiploïques, parcourues par de gros vaisseaux roulés en spirale, adhèrent à droite. Section entre deux ligatures. En faisant basculer la	Guérison. Suites de l'opération des plus simples.	27 mai 1879. Cette malade présente actuellement des manifestations cancéreuses des parois du ventre : la 1re, la plus importante, au niveau de l'ombilic. C'est une petite tumeur dure, squirrheuse, à surface cha-

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME. DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						tumeur, 2 anses d'intestin grêle adhèrent, en arrière, par leur mésentère dans l'épaisseur duquel la tumeur pénètre; on incise celui-ci pour libérer la tumeur, puis ses bords, pincés pendant un certain temps, sont replacés dans le ventre avec les anses intéressées. La tumeur renversée en avant, on voit qu'elle s'implante dans l'épaisseur du ligament large, principalement en dedans. Pour l'énucléer, il fallut décoller le feuillet antérieur si largement qu'une partie de la vessie fut mise à nu. Sur la base de la tumeur, qui a la grosseur du poignet, on jette une ligature en masse qui l'étrangle et en fait un pédicule qui est placé à l'angle inférieur de la plaie. Les deux brides épiploïques sont liées au catgut et réduites dans le ventre. Les 2 feuillets mésentériques sont ramenés en avant et soutenus dans cette position par les fils des sutures profondes du ventre avec lesquels on les traverse. Aucune précaution particulière ne fut prise au sujet de la partie de vessie décollée de son péritoine.		grinée, de $0^m,03$ de diamètre. La 2e, moins avancée, est à l'angle inférieur de la plaie. En novembre, ces deux tumeurs se sont considérablement accrues. On sent aussi qu'elles se prolongent à l'intérieur. En décembre, la cavité du bassin est en grande partie comblée par des tumeurs pelviennes qui compriment l'intestin. En janvier, les matières fécales ne passent plus qu'à grand'peine. Le 17 janvier la malade succombe à la cachexie et à la rétention des matières.
313	6 août 1878. Dr Gautier.	52	D.	U.	Sé.	Femme de la campagne, assez robuste. Réglée à 14 ans, régulièrement. 3 enfants. A cessé de voir à 42 ans. Début? Pas de ponction. Tumeur lisse, unie, bien fluctuante. Pas d'ascite. Pas d'adhérences. Pédicule sur ovaire droit, assez long, du volume du pouce, fixé à l'angle inférieur. 18 litres.	Guérison.	
314	13 août 1878. Dr Peulvet.	38	Péritonite généralisée.		Cancer colloïde généralisé du péritoine.	Femme pâle, très maigre, très épuisée. Ventre distendu par une tumeur paraissant présenter une surface lisse et unie, ovoïde, de consistance molle, fluctuante, mais sans flot. Pas de ponction antérieure. Diagnostic, cancer colloïde. L'incision exploratrice confirme notre diagnostic. Il s'agit en effet d'une tumeur colloïde qui intéresse tout le péritoine viscéral. On se borne à débarrasser avec précaution tous les [illegible]	Mort par péritonite aiguë.	

						séreux. Pédicule gros, court, fixé à l'angle inférieur.		
316	22 octobre 1878 (1).	43	G.	U.	Sé.	Menstruation régulière. Un enfant. Début 6 ans. Pas de ponction. Pas d'ascite ; pas d'adhérence. 14 litres de liquide séreux, semblable à de l'eau de roche.	Guérison.	
317	5 novembre 1878.	41	D.	Mixte (cancer).	Sé. Pu.	Malade épuisée et vieillie. Souffre dans le ventre depuis longtemps. Pas d'enfant. Début, un an. Trois ponctions. Liquide louche, un peu filant. Tumeur ovoïde, unie, symétriquement fluctuante. Œdème des parois du ventre et de la vulve, un peu d'œdème des jambes. Pas d'ascite appréciable. Incision dépassant l'ombilic. Adhérences pariétales généralisées, très saignantes, sang diffluent. Ponction : 12 litres ; liquide verdâtre, un peu filant, contenant du pus. Environ 2 verres d'ascite sanguinolente pendant l'extraction. Poche rosée, comme transparente, très mince et très friable en haut et en avant. Adhérence d'épiploon en arrière. Trompe gauche hypertrophiée. En bas de la fosse iliaque droite, une adhérence avec l'intestin, qui saigne. Le kyste est presque sessile sous l'ovaire droit et on doit le lier avec des fils de soie qui sont abandonnés dans le ventre avec le pédicule. Résection au-dessus du fil. 7 ligatures perdues : 1 sur le fond de l'utérus qui était adhérent ; 3 sur l'épiploon saignant ; 2 sur le péritoine pariétal ; 1 sur l'intestin. Le fond du kyste contenait une grosse masse friable, d'aspect encéphaloïde.	Guérison	Nous ignorons ce qu'est devenue cette malade.
318	12 novembre 1878. Drs Gosselin et P. Levasseur	20	D.	M.	Vis.	Menstruation régulière. Pas d'enfant. Début 18 mois. Pas de ponction. Une seule loge fluctuante, le reste formé de gros lobes aréolaires. Incision de 24 centimètres. Ascite abondante et louche. Paroi très friable, dépolie, comme macérée. Ponction de la grande loge. On ne peut vider le reste qu'en engageant la main dans la tumeur pour rompre les cloisons et entraîner le liquide très visqueux. En tout vingt litres. Quelques loges étaient suppurées. Pas d'adhérence en avant ni sur les côtés ; en arrière, adhérence à l'épiploon qui est lié au catgut et la portion adhérente reséquée. Pédicule gros et long. L'extraction fut rendue fort laborieuse par suite de la friabilité de la paroi ; toilette du péritoine prolongée, car il n'est pas douteux qu'une loge s'était spontanément ouverte dans le ventre, ce que n'indiquaient que trop les caractères de l'ascite. Pédicule fixé à l'angle inférieur de la plaie.	Guérison.	Accouche un an après d'une fille bien portante.
319	19 novembre 1878.	33	D.	M	Sé	Menstruation régulière. 2 enfants. Début 3 ans. Pas de ponction antérieure. Incision ne dépassant pas l'ombilic. Pas d'adhérence. Pas d'ascite. Pédicule long et grêle. Trompe droite hypertrophiée, liée avec le pédicule qui est fixé à l'angle inférieur de la plaie.	Guérison.	

(1) Commencement de l'emploi de la pulvérisation phéniquée suivant les règles de Lister.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
320	3 décembre 1878.	49	G.	Ar.	Vis. Pu.	Malade très grasse quoique très affaiblie. 2 enfants. Début 4 ans. Pas de ponction. Incision longue. Adhérences généralisées avec le péritoine pariétal, très facilement saignantes. 7 ligatures perdues. Ponction presque sans résultat. Adhérences épiploïques en arrière; résection de 2 brides d'épiploon. Extraction très pénible; adhérences au mésentère. Pédicule gros et court; lié et fixé à l'angle inférieur.	Mort par péritonite le 4e jour.	
321	17 décembre 1878.	46	G.	Mix.	Pu.	Malade très pâle et très épuisée. Bien réglée. 1 enfant. Début 3 ans. Depuis 18 mois, nombreuses poussées de péritonite. Pas de ponction. Adhérences pariétales généralisées; environ 1 litre d'ascite louche, comme filante. Dégagement de la tumeur fort laborieux. Large adhérence épiploïque en arrière. La paroi kystique est sans résistance; paraît suppurée par places. Ulcérée en un point et au centre de l'ulcère, une perte de substance qui a laissé couler du liquide kystique dans le ventre. L'extraction ne peut être obtenue qu'au prix des plus grands efforts. Pédicule très court; lié en deux moitiés et fixé à l'angle inférieur. Toilette du péritoine soigneuse et prolongée en raison de l'écoulement du liquide kystique que l'on a tout lieu de croire purulent.	Mort par péritonite aiguë.	
322	7 janvier 1879	39	G.	M.	Sé.	Santé générale conservée. Réglée à 13 ans. Menstruation toujours régulière. 2 enfants. Début 3 ans. Pas de ponction. Incision courte, pas d'adhérence, pas d'ascite. Pédicule fixé à l'angle inférieur. 7 litres de liquide séreux.	Guérison.	
323	14 janvier 1879	29	D.	U.	Sé.	Malade affaiblie. Réglée à 15 ans. 2 enfants. Début 18 mois. Une ponction, il y a 3 mois; à la suite, péritonite partielle. Incision ne dépassant pas l'ombilic. Adhérences pariétales dans la moitié gauche. Pas d'ascite. Pédicule court sur l'ovaire droit; 13 litres de liquide.	Guérison.	
324	21 janvier 1879.	42	G.	Mix.	Vis.	Menstruation régulière jusqu'à ces derniers mois; aménorrhée fréquente. Début 3 ans. Pas de ponction. Incision longue, par suite de la consistance demi-solide de la tumeur. Adhérence sans importance en avant. Ponction ne donne que de 5 à 6 litres de liquide. Dégagement; épiploon adhérent en arrière, pincé, puis décollé. Tumeur difficilement réductible et parois sans consistance. Pédicule assez long, fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	
325	4 février 1879.	35	D.	M.	Vis.	2 enfants, une fausse couche. Menstruation régulière [illegible]	Guérison.	

						diverses loges, toutes assez spacieuses : 17 litres. Pas d'adhérence. Pédicule à l'angle inférieur.		
326	27 février 1879. Dr Lajoux.	30	Les 2 ovaires.	Mix.	Sé.	Malade très délicate, anémique ; pas de troubles menstruels. N'a pas conçu. Pas de ponction. Ventre irrégulier ; grosse saillie à gauche, moindre dans la moitié droite. Consistance liquide. Pas de flot. Pas d'ascite appréciable. Incision dépassant l'ombilic ; pas d'adhérences pariétales, 2 verres d'ascite citrine. Une première tumeur se présente ; elle est multiloculaire, à contenus divers mais tous séreux ; quelques masses aréolaires. A la face externe de cette tumeur existent des productions papilliformes auxquelles adhère l'épiploon ; on le décolle ; lié au catgut, puis réduit. Cette adhérence se fait sur une surface grande comme moitié de la paume de la main. (Il y a, disséminés, une vingtaine d'îlots chargés de papilles. Une douzaine de brides épiploïques aboutissent à ces surfaces ; elles sont toutes liées et réduites.) Ce kyste attiré au dehors, on reconnait qu'il provient de l'ovaire droit, par un pédicule large de 3 doigts que l'on saisit entre 3 ligatures perdues faites avec le catgut, mais qu'il existe une deuxième tumeur plus profonde. Celle-ci est complètement emprisonnée dans l'épiploon, peu mobile. On relève le repli séreux qui n'est pas adhérent et on ponctionne. Ce sac est également recouvert de nombreuses productions papilliformes, mais sans adhérence. Il contenait 2 litres de liquide séreux ; quelques espaces aréolaires. Pédicule très grêle, presque exclusivement formé par la trompe, lié au catgut et abandonné dans le ventre. Il n'y avait plus trace ni de l'un ni de l'autre ovaire. La face interne de la poche était également végétante dans une partie de sa surface.	Guérison.	
327	11 mars 1879. Dr Moulins.	43	D.	M.	Sé. H.	Bien réglée. Replète, lymphatique, assez bon état. 2 enfants 19 et 15 ans. Début sans doute ancien, se plaint depuis sa dernière couche. Reconnaissance de la tumeur depuis 3 ans. Une ponction il y a 2 mois : 18 litres de liquide séreux comme ascitique. Actuellement, le ventre est dilaté au dernier degré. Incision dépassant l'ombilic. Pas d'ascite. Pas d'adhérence dans la moitié inférieure. Adhérences pariétales généralisées au-dessus de l'ombilic, très fibreuses, peu saignantes excepté en un point, à droite, où il fallut appliquer 1 ligature perdue sur le péritoine pariétal. Une grande loge donne 12 litres de liquide séreux. Il en existe, dans le fond, un grand nombre de petites qu'il faut ouvrir successivement ; l'une d'elles, à parois épaisses, donne un contenu brun, très chargé de cholestérine. Pédicule assez gros, lié en 4 parties et réduit dans le ventre.	Guérison.	
328	18 mars 1879. Dr Gautier	36	G.	Mix.	Vis.	Réglée à 12 ans régulièrement. 6 enfants, 1 fausse couche. Début : 2 ans. Incision longue. La tumeur parait à peu près également divisée en 2 moitiés. Celle de gauche est liquide :	Guérison.	

Nos	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						10 litres de liquide filant. Celle de droite complètement aréolaire. En avant et sur les côtés, adhérences pariétales à peu près générales, fibreuses, peu saignantes. Pédicule lié au catgut et réduit dans le ventre (1).		
329	1er avril 1879.	42	D.	U.	Sé.	Bonne santé : n'est plus réglée depuis 2 ans. 3 enfants ; le plus jeune a 9 ans. Début : 4 ans. Pas de ponction antérieure. Incision courte. Pas d'ascite, pas d'adhérences. 17 litres de liquide. Pédicule lié au catgut et réduit.	Guérison.	
330	15 avril 1879.	33	D.	Mix.	Vis.	Menstruation toujours régulière. Forces conservées. Une fausse couche. Début : 18 mois. Adhérences pariétales étendues, mais faibles. Pas d'adhérences viscérales. Contenu du kyste variable avec les loges ; toujours filant : 14 litres. Quelques masses aréolaires. Pédicule court lié au catgut et réduit.	Guérison.	
331	8 mai 1879. Dr P. Levasseur.	31	G.	Mix.	Sé.	Constitution médiocre. Affaiblie. Un enfant de 8 ans. Début : 3 ans. 3 ponctions. Incision s'arrêtant à l'ombilic. Pas d'adhérences pariétales. Ponction des diverses loges : 2 principales, 1 de 5 et l'autre de 11 litres de liquide vert très foncé. Au fond de la poche, dans le petit bassin, masses aréolaires multiples, étalées. Au moment de l'attraction du sac, on trouve l'épiploon adhérent en arrière. On le décolle et on fait une ligature perdue sur la surface séreuse saignante. Pédicule lié au catgut et réduit.	Guérison.	
332	12 mai 1879. Drs Auger et Levasseur.	21	G.	U.	Sé. Vis.	Paysanne très délicate. Non mariée. Début : 3 ans. Pas de ponction. Kyste modérément plein (flasque). 16 litres de liquide séreux. Pédicule très long lié au catgut et réduit. L'ovaire, correspondant au kyste, était lisse, uni, dépourvu de cicatrice et sans trace d'ovulation.	Guérison.	
333	15 mai 1879. Dr Nivert.	37	G.	Mix.	Sé.	Délicate, anémiée, un peu d'embonpoint. Pas de troubles menstruels. Pas d'enfant. Début (?) 15 mois. 3 ponctions, mais toujours partielles. Incision n'atteignant pas l'ombilic. Ponction d'une première loge à contenu séreux : 6 litres. Le reste est formé par une masse aréolaire dont le contenu ne peut traverser le trocart. On tente l'extraction ; adhérences pariétales dans toute la moitié gauche, en avant et sur le côté. Le kyste est moins adhérent à droite. C'est dans ce sens qu'on en fait le dégagement. Pendant l'attraction, il entraine	Guérison.	Les premières suites de l'opération avaient été des plus simples, lors que le 30 mai, au moment de ses règles, la malade fut prise d'hématocèle rétro-uté-

						l'épiploon qui adhère en arrière ; on le décolle et on place sur lui 2 ligatures perdues. Le pédicule est lié au catgut et réduit.		rine. Le lendemain, la malade étant en proie aux phénomènes réactionnels les plus intenses, on fit la ponction de l'hématocèle par le vagin, on vida soigneusement tout l'épanchement. Les accidents inflammatoires cédèrent aussitôt et la malade guérit rapidement.
334	27 mai 1879. Dr Firmin.	36	G.	U.	Sé.	Bon état général. Réglée à 10 ans. Pas de troubles menstruels. Mariée à 30 ans, pas de grossesse. Tumeur reconnue il y a 1 an. Pas de ponction. Incision courte. Ni adhérence, ni ascite, 16 litres de liquide séreux. Pédicule lié au catgut, réduit dans le ventre.	Guérison.	
335	29 mai 1879. Dr Quentin.	40	D.	Ar.	Vis.	Non mariée. Menstruation régulière. Le début ne remontait qu'à 7 ou 8 mois. 1 ponction : 2 ou 3 litres de liquide brunâtre et épais. Hernie ombilicale. Œdème des parois du ventre. Incision longue, pas d'ascite. Ponction de la tumeur. 7 litres de liquide sirupeux. Le reste est formé par des masses aréolaires. La membrane d'enveloppe très mince et très friable, jaunâtre et ramollie par place. Adhérences pariétales généralisées ; avec le grand épiploon, en arrière, sur une surface grande comme la paume de la main. On le décolle, puis pincé et comprimé. Tout le péritoine qui revêt l'intestin est granuleux et rouge. Le pédicule, très grêle, vient de l'ovaire droit, dont on ne découvre plus aucun vestige. 3 ligatures perdues sur l'épiploon décollé ; toilette du péritoine. Pédicule réduit.	Guérison.	La santé de cette malade, qui était très compromise (cachexie avancée) au moment de l'opération, s'est relevée de telle façon que Mlle X est devenue méconnaissable.
336	3 juin 1879.	32	D.		Sé.	Lymphatique. Bonne santé habituelle. Pas d'enfant. Pas de ponction. Début ? Incision courte, ponction : 10 litres. Pas d'adhérences pariétales. Attraction de la poche ; on reconnaît qu'elle tient par deux points : 1° au péritoine pariétal au-dessous de l'appendice vermiculaire du cæcum. On fait une ligature au catgut en ce point et on excise ; 2° à la région de l'ovaire par la trompe qu'on lie également. D'où, comme 2 pédicules qui sont laissés libres dans le ventre.	Guérison.	
337	10 juin 1879, Dr Dibot,	36	G.	M.	Sé. H.	Malade très impressionnable. Forces conservées. 2 enfants, le dernier il y a 18 mois, le kyste étant déjà volumineux. Quelques années avant, phlegmon péri-utérin. Pas de ponc-	Guérison. Il y eut un peu de sphacèle des pa-	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						tion. Incision jusqu'à l'ombilic. Loges à contenu chocolat, d'autres avec un liquide séreux comme eau de roche. Pas d'adhérences, mais de longues brides épiploïques, fibreuses, s'étalent en grand nombre sur le kyste. 7 ou 8 sont liées, 3 sont réséquées crainte d'étranglement. Pédicule très volumineux qui fut lié en trois parties et réduit.	rois du ventre; celles-ci étant très grasses, on avait été obligé de trop serrer les fils.	
338	10 juin 1879.	42	G.	Kyste sarcomateux.	Sé. Pu.	Femme très affaiblie. 4 enfants. Pas de ponction. Tumeur très irrégulière, fortement lobulée, ascite abondante. Début de 2 a 3 ans. Incision dépassant l'ombilic de 5 centimètres. Un flot d'ascite (3 litres). Ponction de diverses loges, Reste une masse demi-solide comme à corne ramollie. Extraction fort difficile. Adhérences épiploïques en haut et en arrière. rompues et pincées. Adhérences pariétales généralisées, à droite, sans résistance, mais très saignantes. Tout le péritoine présente un aspect insolite. Il est dépoli, boursouflé, granuleux par places, partout d'un rouge feuille-morte. Des kystes tubulés pendaient en grand nombre, du péritoine pariétal. On se borna à les enlever par arrachement. Ces membranes étaient sans consistance ; elles ne saignèrent pas. Le liquide kystique était louche et manifestement purulent. Divers points de la paroi étaient également suppurés et ramollis. D'où la nécessité de faire une toilette soigneuse du péritoine. Le pédicule, venant de l'ovaire gauche, fut lié et réduit.	Guérison temporaire. Il resta au bas de la plaie une fistule qui laissait écouler par intervalles une sérosité très brune et très sale.	En décembre, la malade se plaignit de douleur dans la fosse iliaque droite. Bientôt, il fut manifeste qu'une nouvelle tumeur s'y reproduisait. L'écoulement par la fistule prenait de plus en plus d'abondance. La malade fut emportée en mars 1880 par la reproduction du cancer. (Nous avons conservé le dessin de l'autopsie.)
339	24 juin 1879. Drs Chéron et Bergeron.	41	D.	U.	Pu.	Bien réglée. 5 enfants. Début 2 ans. Marche rapide dans ces derniers temps. Ponction, il y a 7 semaines. 16 litres de liquide purulent, d'aspect de crème. Adhérences pariétales généralisées, peu résistantes. En haut adhérence épiploïque ; 2 brides épiploïques sont liées au catgut et réséquées. Pédicule un peu gros, lié en 3 parties et réduit.	Guérison.	
340	1er juillet 1879. Dr Dionis.	21	G.	M.	Sé.	Non mariée. Bonne santé : kyste reconnu il y a dix mois, ponctionné 6 fois depuis. Incision courte. Kyste multiloculaire à grosses loges ; liquide séreux, 8 litres. Pas d'adhérences pariétales. Adhérences épiploïques en haut et en arrière. Pédicule volumineux, lié en 3 parties et réduit.	Guérison.	
341	8 juillet 1879.	45	G.	Ar.	Vis.	Très pâlie, bouffie, forces anéanties. 4 enfants. Début ? 2 ponctions depuis 1 an. Incision jusqu'à l'ombilic : 10 litres d'ascite louche, vert-bouteille, grisâtre. Apparaît une tumeur	Guérison	

						très friable ; ponction : 5 litres de liquide visqueux. Adhérences très étendues avec le péritoine pariétal, d'autant plus difficiles à rompre que le kyste est plus friable. L'attraction de la tumeur est rendue fort difficile, outre sa friabilité, par une large adhérence insinuée, en haut, entre la paroi et le kyste. On lacère l'intérieur de la masse aréolaire pour réduire son volume. On détache l'épiploon en y laissant adhérent un fragment de la paroi propre du kyste. Alors on peut extraire la masse. Pédicule sur ovaire gauche, lié en 3, puis réduit. Le péritoine est uniformément d'un rouge vineux. On put détacher le copeau kystique laissé sur l'épiploon et réduire celui-ci sans ligature perdue.		
342	10 juillet 1879.	49	G.	U.	Sé.	Non mariée. Réglée à 17 ans, assez régulièrement. Début ? Une ponction il y a 2 ans. Incision de 10 centimètres. Pas d'adhérence. Ponction 10 litres de liquide très mousseux. Ligament de l'ovaire très volumineux. Pédicule réduit.	Guérison.	
343	15 juillet 1879.	20	G.	Mix.	Sé.	Non mariée. Tumeur reconnue il y a 8 mois. Une ponction il y a un mois. Incision dépassant l'ombilic de 6 centimètres. Pas d'ascite. Tumeur formée de 2 parties inégales. L'une, sur un plan antérieur, et remontant très haut sous le foie, est solide. L'autre, plus en arrière et à gauche, est liquide ; 12 litres de liquide séreux. Cette poche adhère au péritoine pariétal. La masse aréolaire adhère à l'épiploon qui envoie en outre à sa surface 5 ou 6 brides qui l'emprisonnent (rompues et liées). Tout à fait en arrière, il y a des adhérences avec le mésentère (une ligature perdue sur lui). Le pédicule, large, est lié en 3 parties et réduit.	Guérison.	
344	24 juillet 1879.	48	G.	U.	Sé.	2 enfants. N'est plus réglée. Début 5 ans. Pas de ponction. Incision courte. 14 litres de liquide brunâtre. Pédicule réduit.	Guérison.	
345	29 juillet 1879. Dr Labitte.	30	G.	U.	Pu.	Très débilitée. Début ? 5 ponctions, les dernières purulentes. La dernière ponction remonte à 1 mois et a donné 6 litres de pus. Incision longue ; adhérences généralisées très fibreuses, très solides. Ponction : 8 litres de pus. Paroi kystique suppurée, friable, se coupe sous les pinces. Grand épiploon complètement adhérent par en haut. Le kyste était tellement ramolli, friable et, d'autre part, adhérent qu'on ne put le détacher que successivement par lambeaux. 6 ligatures perdues sur le péritoine.	Mort par péritonite suraiguë.	
346	5 août 1879. Drs Bonneau et Dupont.	48	G.	Mix.	Vis.	Menstruée jusqu'en mai dernier. 4 enfants entre 22 et 14 ans. Tumeur reconnue en mars dernier à la suite d'une péritonite partielle. Marche rapide. 2 ponctions à 3 semaines d'intervalle. A chaque fois 8 à 10 litres de liquide filant, vert foncé. Incision dépassant l'ombilic. Ponction. 10 litres de liquide filant. Pas d'adhérences pariétales. En haut, épiploon complètement adhérent par deux surfaces distinctes.	Mort par péritonite suraiguë.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						Décollement très saignant; 15 pinces à demeure, puis extraction du sac. Tout au fond, grosses masses aréolaires à géodes. Pédicule gros, sur ovaire gauche, lié au catgut qui coupe et qu'il faut replacer plus bas. Toilette du péritoine.		
347	12 août 1879. Dr Raillard.	36	G.	Mix.	Vis.	Religieuse. Menstruation régulière. Début 2 ans. Accroissement rapide, à la fin 10 ponctions capillaires avec aspiration. Incision dépassant l'ombilic. Adhérences antérieures pariétales limitées; très étendues en arrière avec le mésentère. Ponction 10 litres, un peu filant. Nombreuses poches et masse aréolaire. Adhérences épiploïques. Pédicule réduit.	Guérison.	
348	19 août 1879. Dr Bernard Sales.	37	G.	Mix.	Sé.	Complètement épuisée ; 3 enfants. 2 ponctions. Incision jusqu'à l'ombilic. Pas d'adhérences pariétales antérieures. Adhérences à l'épiploon en haut et en avant. Adhérences généralisées, en arrière, avec l'épiploon et quelques anses d'intestin. Elles sont très molles, sans résistance, saignent peu. Une grosse loge, à gauche, contenant 5 litres de liquide opalin, un peu louche ; à droite, une grosse masse aréolaire. Pédicule très gros, très mou, se coupant sous le catgut, lié en 3 parties et réduit.	Mort par péritonite suraiguë.	
349	28 octobre 1879. Dr Valmont.	30	Lig. large. D.	U.	Sé.	Réglée à 12 ans, lymphatique, 4 enfants, plusieurs métrorrhagies. Début 6 ans ; pas de ponction. Incision de 12 cent. Ponction : 20 litres de liquide séreux. Pas d'adhérences antérieures. En arrière adhérences généralisées très molles, formées d'une exsudation fibrineuse très récente. L'insertion se fait sur le ligament large par une surface conique, à base inférieure. A côté pend l'ovaire normal et indépendant. Enucléation. Les surfaces saignantes sont recouvertes par le péritoine qui est lié en trois parties et abandonné dans la cavité pelvienne.	Succombe le 3e jour à une épiploït aiguë.	
350	11 novembre 1879 (1).	30	Bassin, cul-de-sac utéro-rectal.	U.	Sé.	Santé satisfaisante, réglée à 17 ans, mariée à 24 ans, 2 enfants. Début : 18 mois, 4 ponctions en 14 mois. Incision de 12 cent. Pas d'ascite. Pas d'adhérences pariétales. Epiploon adhérent en avant, décollé et refoulé sous l'hypochondre. Ponction : 18 litres de liquide séreux. Le kyste ne vient pas de l'ovaire, mais du fond du bassin, à la région moyenne du cul-de-sac utéro-rectal. Par sa partie posté-	Mort. Péritonite aiguë.	

(1) A partir de cette date, nous avons adopté l'ensemble des précautions recommandées par Lister pendant l'opération et pour le pansement. Le pansement adopté se fait par

						nucléée, en incisant celui-ci ; puis on saisit les lambeaux dans trois ligatures perdues. La libération du fond du kyste fut rendue fort difficile par suite de l'étroitesse de l'incision. On y parvint en décollant le péritoine qui entourait la base de la tumeur ; les lambeaux furent pincés pendant un certain temps. A la fin, comme ils ne saignaient pas, on n'y plaça pas de ligature perdue ; on fit seulement une toilette soigneuse du péritoine et on prit le soin de serrer fortement le pansement afin d'exercer une certaine compression par l'intermédiaire de la masse intestinale.		
351	13 novembre 1879.	30	G.	Mix.	Vis.	Réglée à 12 ans ; mariée depuis 13 ans, 4 enfants. Reconnaissance de la tumeur il y a 7 mois. Début ? Pas de ponction. Incision de 14 cent. Epiploon en avant, très adhérent, décollé et refoulé à gauche. Ponction : 12 litres visqueux. Reste une forte masse aréolaire. Pas d'adhérences latérales. Adhérence au mésentère en arrière, décollée et une ligature perdue. Le kyste vient de l'ovaire gauche. Pédicule lié et réduit.	Guérison. La première selle ne se fit que 13 jours après l'opération sans que la malade ait jamais présenté de signes d'occlusion intestinale.	
352	18 novembre 1879. Dr Oyon.	38	G.	U.	Sé.	Réglée à 17 ans, mariée depuis 5 ans. Début 2 ans. Pas de ponction. Incision de 1 décimètre. Epiploon en avant, rejeté à droite. Ponction : 12 litres sérosité. Pas d'adhérence. Extraction du sac. Pédicule vient d'ovaire gauche, lié en 2 parties et réduit.	Morte le 6e jour. A l'autopsie, on trouva un phlegmon du ligament large gauche et une péritonite généralisée.	
353	20 novembre 1879.	38	G.	U.	Sé.	Réglée à 12 ans, mariée à 25. Pas d'enfant. Début : 6 ans. Pas de ponction. Incision de 11 cent. Pas d'ascite ni d'adhérence. Ponction 17 litres. Epiploon étalé en arrière du kyste. Pédicule petit, lié et réduit.	Guérison.	
354	25 novembre 1879 (1).	48	G.	U.	Sé. H.	Réglée à 18 ans, mariée à 25. 5 enfants. Début 8 ans. Pas de ponction. Pas d'adhérences. 12 litres de liquide séro-sanguin. Poche un peu épaisse. Pédicule réduit.	Guérison.	
355	13 janvier 1880. Dr Feltz.	41	Fond du bassin.	Cancer végétant.	Vis. Incision exploratrice.	Réglée à 15 ans. Les enfants entre 11 et 21 ans. Très amaigrie. Début 3 ans. 2 ponctions, l'une en décembre 78, 30 litres de liquide limoneux jaunâtre ; la 2e en avril 79, 18 litres de liquide chocolat. Incision exploratrice donnant issue à 16 litres de liquide chocolat et permettant de reconnaître des masses végétantes qui recouvrent tout le fond du bassin. Elles ne furent pas touchées et le ventre fut refermé.	Rentre chez elle fin janvier.	

(1) En raison du froid rigoureux qui sévissait alors, nous nous abstînmes de pratiquer des ovariotomies jusqu'au milieu de janvier 1880.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
356	15 janvier 1880.	36	Ligament large, ovaires, utérus et mésentère.	Cancer kystique (forme papillaire).		Très grasse, très bonne apparence de santé. Début 15 mois, marche rapide. Tumeur très liquide en avant paraissant circulaire dans le fond. Incision longue. Ponction : 10 litres de liquide filant louche, grisâtre. Adhérences antérieures limitées, faciles à détacher. En arrière, adhérence du grand épiploon, mais facile à détacher. La tumeur n'est pas pédiculée. Elle s'étale en forme de gâteau qui intéresse non seulement les deux ovaires, mais les trompes et la corne gauche de l'utérus. On dissèque ces organes ainsi que la vessie et le mésentère et on étreint la base disséquée entre trois ligatures parallèles. 6 ligatures perdues sur des brides épiploïques (tout le fond de la tumeur que l'on avait cru aréolaire est formé de masses végétantes cancéreuses). Le pédicule comprenant non seulement l'ovaire et la trompe, mais encore la corne gauche utérine fut abandonné dans le ventre.	Mort. Péritonite subaiguë le 6e jour, malgré le drainage avec un tube de caoutchouc, placé le 3e jour et les injections phéniquées.	
357	20 janvier 1880. Dr Lélu.	35	D.	Mix.	Sé.	Femme très nerveuse. 1 enfant. Début? Incision de 12 cent. Adhérences pariétales antérieures sans grande résistance. 11 litres de liquide séreux brunâtre. Epiploon fortement adhérent en haut. Au fond, masse aréolaire volumineuse. Pédicule sur ovaire droit et sur la corne de l'utérus qui sont liés séparément et réduits. Durée 1 h. 30 m.	Guérison. Pneumonie lobulaire pendant le traitement.	
358	23 janvier 1880.	50	D.	M.	Sang.	Réglée à 14 ans, mariée depuis 32, 2 enfants. Début 18 mois. Pas de ponction. Adhérences pariétales molles. Pas d'ascite. Ponction. 18 litres de liquide sanguin, visqueux. Pédicule sur ovaire droit, lié et réduit. Durée 25 m.	Guérison.	
359	29 janvier 1880. Dr Jacquart.	26	G.	Mix.	Sé.	Bien réglée. Pas d'enfant. Début 2 ans. Une ponction d'une seule loge qui a donné 6 litres. Incision de 13 cent. Adhérences pariétales. Ponction d'une grande loge : 8 litres de liquide séreux et brun. Tout le fond est constitué par une masse aréolaire. L'épiploon est adhérent en avant et en haut, adhérences fibreuses très résistantes. Leur décollement est difficile, nécessite l'application d'une douzaine de pinces et 2 ligatures perdues. Pédicule réduit. Durée 1 h. 15 m.	Guérison.	
360	3 février 1880. Dr Bidart.	42	G.	Ar.	Vis.	Malade épuisée. Début : 3 ans. Pas de ponction. Incision dépassant l'ombilic. Adhérences pariétales généralisées. Adhérences intestinales étendues saignant assez fortement lors du décollement ; pincement temporaire et 2 ligatures perdues. Dégagement de la tumeur rendu difficile par suite de la friabilité de ses parois et du peu de réductilité des masses aréo- [illegible]	Guérison. Malgré une pneumonie double intercurrente.	

	Dr Boulant.					gnant pas l'ombilic. Ponction du kyste et extraction de la poche fort simple ; il n'existait que des adhérences sans importance. Pédicule réduit. Durée 30 m.		entrait en convalescence, elle fut prise d'une méningite aiguë et traitée à la Salpêtrière par M. A. Voisin, où elle succomba.(Voy. la 9e clinique de ce volume.)
362	26 février 1880.	37	G.	M.	Sé.	Toujours bien réglée. 2 enfants. Début 3 ans. Pas de ponction. Incision courte ; pas d'adhérences pariétales ni viscérales. Extraction d'une poche simple. Pédicule réduit. Durée 35 m.	Guérison.	
363	5 mars 1880. Dr Hytier.	34	G.	M.	Vis. Pu.	Mariée depuis 14 ans. Multipare. Dernière couche en décembre 1876. Début 13 à 14 mois. Pas de ponction. Pas d'adhérences. Kyste principalement formé de grandes loges avec quelques masses aréolaires. Liquide très gélatineux. Pédicule réduit. Durée 45 m.	Guérison.	
364	9 mars 1880. Dr Rougeot.	45	G.	Ar.		Adhérences épiploïques, ascite, large pédicule, réduit. Epuisée par fatigue et dysenterie. Durée 1 h.	Guérison.	
365	16 mars 1880. Dr Hébert.	63	G.	Mix.	Pu.	Plusieurs fois mère. Très épuisée, véritablement cachectique et mise en cet état par des péritonites partielles plusieurs fois répétées et aussi par une suppuration du kyste (ce qui fut reconnu pendant l'opération. Accusait un début d'un an (?). Trois ponctions depuis trois mois. Incision dépassant l'ombilic ; adhérences pariétales très étendues, fort saignantes ; adhérences épiploïques à toute la face antérieure et supérieure de la tumeur, très saignantes, très solides par places, nécessitant l'application de nombreuses pinces et 8 ligatures perdues à la fin. La ponction ne donna issue qu'à 7 litres de liquide purulent. Le reste était formé par une énorme masse aréolaire, suppurée par places, dont la paroi friable se rompait pendant le décollement des adhérences et l'extraction de la tumeur. Il fallut faire une toilette du péritoine longue et très attentive. Le pédicule fut réduit. Durée 45 m.	Guérison. La convalescence fut longue en raison de l'âge avancé de la malade et de l'extrême épuisement qu'elle présentait lors de l'opération. Pendant 3 mois suppuration sous-péritonéale dans l'épaisseur des parois de l'abdomen.	
366	18 mars 1880. Dr de Saint-Paul.	34	G.	U.	Sé.	2 enfants de 11 et 7 ans. Début 2 ans 1/2. Pas de ponction. Incision courte. Pas d'adhérence. Pédicule gros, long et tordu sur lui-même ; il fut lié et réduit. 16 litres. Durée 75 m.	Guérison.	
367	23 mars 1880. Dr Brochin.	63	Lig. large. D. et Péritonite enkystée.	Mix.	Vis. Pu.	3 enfants dont le plus jeune a 20 ans. Début 3 ans. Poussées de péritonite partielles, qui, à diverses reprises, ont mis en jeu la vie de la malade. Pas de ponction. Femme chargée d'embonpoint. Parois du ventre épaisses, aussi prolonge-t-on l'incision au-dessus de l'ombilic. On tombe sur une péritonite généralisée ; le kyste adhère au péritoine pariétal et tout l'épiploon est rouge, épaissi, charnu, adhérent à l'intestin. Dès que l'incision est pratiquée sur le péritoine, un liquide brunâtre, un peu filant, chargé de caillots fibrineux vieillis, coule hors du ventre. Au premier examen, on reconnait que ce liquide est un mélange d'ascite et de liquides kystiques ; la tumeur s'était donc rompue spontanément avant l'opération, ce qu'explique assez l'état d'inflam-	Guérison. Le 8e jour, le foyer de péritonite enkystée s'ouvre et verse un flot de liquide sanguin et purulent très fétide. Application d'un tube à drainage qui sert à y pratiquer des injections phéniquées pendant	

Nos D'ORDRE	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						mation dans lequel elle se trouve. Par en haut, la tumeur est coiffée par le grand épiploon, chroniquement enflammé et très adhérent. Il forme un relief considérable et on sent qu'il est distendu par une collection liquide. Cette collection est comprise entre la face supérieure de la tumeur et l'insertion supérieure du grand épiploon ; elle est complètement emprisonnée par le feuillet séreux qui adhère seulement par ses bords, elle représente une péritonite enkystée typique. On la vide et on détache les adhérences avec les plus grandes précautions ; pinces nombreuses. Le détachement de l'épiploon adhérent au kyste est surtout fort difficile en raison de l'extrême friabilité de la paroi suppurée de celui-ci. La tumeur libérée dans tous les sens, on la fait basculer en avant. On voit alors qu'elle tire son origine de l'épaisseur du ligament large droit. L'état suppuré du kyste fait qu'il faut l'enlever en entier. Aussi, au lieu de lier sa portion profonde, on se décida à inciser le ligament large et à en énucléer complètement la masse morbide ; on n'y parvint qu'au prix de grands efforts. A la fin, tous les lambeaux du ligament décollé furent réappliqués sur eux-mêmes et liés en une sorte de faisceau qui formait comme un pédicule. Celui-ci lié, ébarbé au-dessus des fils, fut maintenu réduit. 7 ligatures perdues durent être placées sur divers points saignants du grand épiploon. Il fallut enfin procéder à une toilette très longue et très minutieuse de toutes les parties du ventre, tant au moyen des serviettes que des éponges montées, pour purger complètement la cavité péritonéale des liquides provenant du kyste rompu et de ceux de la péritonite enkystée. Durée 1 h. 5 m.	plusieurs semaines. Rentre chez elle le 18e jour.	Le lien du pédicule sort spontanément six semaines après l'opération. Guérison définitive.
368	6 avril 1880.	34	G. Lig. large.	Ar.	Vis. Demi-fœtal.	Réglée à 12 ans, mariée depuis 18 ans, 2 enfants. Début 6 ans. Il y a 7 mois, péritonite partielle. Pas de ponction. Incision jusqu'à l'ombilic. Adhérences pariétales molles, pas d'ascite. Tumeur en grande partie aréolaire. Tout à fait au fond, adhérence limitée sur le mésentère. Pédicule très volumineux, relié aux organes voisins par des adhérences épaisses, très saignantes, lié en trois parties, puis réduit. Durée 50 m.	Guérison.	
369	8 avril 1880.	30	D. Myomes utérins multiples enlevés par énu-	M.	H.	Bien réglée. 1 enfant. Début 2 ans. Pas de ponction. Incision ne dépassant pas l'ombilic. Adhérences pariétales antérieures étendues. L'épiploon est largement adhérent en haut et en avant. Le kyste vidé, 14 litres, on voit que le sac vient de la surface de l'ovaire droit et que son implantation se fait par un étranglement épais plutôt que par un pédicule allongé. [illegible]	Guérison. La convalescence fut un peu ralentie par l'hémorrhagie survenue au cours de l'opération	

						trophie. Il porte dans sa moitié droite, près de la corne, un myome du volume d'un œuf. On place une double ligature au-dessous et on l'énuclée, mais les fils cédant il se produit une hémorrhagie, environ un verre de sang qui est recueilli sur les éponges et les serviettes. On traverse aussitôt l'utérus en deux points et on passe par ces voies 2 fils parallèles à l'aide desquels la corne utérine est liée en trois parties : l'hémorrhagie est définitivement arrêtée ; les deux moignons liés (utérins et du ligament large) sont réduits dans le ventre. Durée 1 h. 15 m. Notre maître A. Guérin voulut bien assister à l'opération.		
370	13 avril 1880.	30	Lig. large. G.	Mix.	Vis.	Réglée à 15 ans, mariée depuis 8 ans, pas d'enfant, bonne santé. Début 2 ans. Pas de ponction. Tumeur à surface irrégulière, bosselée, pas d'adhérences pariétales ni viscérales, à l'exception du fond utérin. La partie supérieure est formée de loges assez petites qui sont successivement vidées. Le fond présente une consistance à peu près solide, constitué qu'il est par une masse fongueuse végétante. Ce fond émerge de l'épaisseur du ligament large gauche ; il est si étendu qu'il recouvre également tout le fond de l'utérus auquel la poche d'enveloppe adhère intimement. En dédoublant les feuillets de la membrane d'enveloppe, on parvient à énucléer toute cette masse fongueuse. Avec la paroi la plus extérieure, que l'on lie, on fait une sorte de pédicule qui est réduit dans le ventre. Le corps utérin était le siège d'une hypertrophie considérable.	Guérison.	
371	20 avril 1880. Dr Carence.	32	G.	M. Végétant.	Hé. et Pu.	Bien réglée, mariée depuis 4 ans ; un accouchement il y a 10 mois. A la suite, le ventre reste gros et va sans cesse en augmentant. Kyste reconnu il y a 4 ou 5 mois. Pas de ponction. La tumeur fait sa principale saillie au-dessus de l'ombilic. Incision courte ; deux verres d'ascite. Pas d'adhérences pariétales. En haut et en arrière, très large adhérence du grand épiploon qui, après rupture, reste très saignant : 8 ligatures perdues. Ponction : 9 litres de liquide chocolat. En faisant l'attraction du sac, on trouve adhérentes à sa base des anses d'intestin grêle, on les décolle aux dépens de la paroi du kyste. Malgré cela quelques points saignent ; on les pince ; à la fin, il faut laisser 2 ligatures perdues. Au niveau des points adhérents, les anses intestinales sont très ramollies et leur détachement demande les plus grands soins. Le sac envoyait un prolongement qui descendait très bas, à droite, le long de l'utérus. Le pédicule fut lié et réduit. La paroi kystique était bien plus épaisse dans sa moitié droite qu'à gauche ; mais partout elle était friable. Dans le fond, existaient trois masses aréolaires interstitielles, grosses chacune comme un œuf. Durée 1 h. 1/2.	Guérison.	Hématocèle rétro-utérine suppurée au mois de mai de l'année suivante.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
372	4 mai 1880. Dr Kinzelbach.	32	G.	M.	Sé.	Accouchée pour la première fois il y a 4 mois, mais le début de la tumeur remonte à environ 6 ans. Depuis l'accouchement la marche de la tumeur a été fort rapide. Incision atteignant l'ombilic ; pas d'ascite ; 17 litres de liquide. En avant, adhérences pariétales généralisées ; en haut l'épiploon est complètement adhérent au kyste : décollé, pincé, et à la fin 3 ligatures perdues. Le pédicule, venant de l'ovaire gauche, est très long. Il est lié en deux moitiés, puis réduit.	Guérison.	
373	11 mai 1880. Dr Painevel.	55	Lig. large. D. Corps fibreux utérins enlevés en même temps.	M.	Sé.	En 1875, cette malade fut opérée une première fois par nous d'un kyste aréolaire siégeant sur le ligament large gauche (voir no 155 de nos précédents relevés t. I). Depuis la santé s'était maintenue parfaite, la malade avait même acquis un embonpoint peut-être trop considérable. Une autre tumeur se forma du côté droit. En raison de son gros volume, lors de la 2e opération, il fallut faire l'incision très longue et dépasser l'ombilic de 7 cent. Cette incision fut pratiquée sur le côté gauche de la première à travers le sac herniaire que j'enlevai par résection, mais non dans la même voie pour ne pas rencontrer le tissu fibreux de cicatrice qui s'opposerait à la réunion. Au niveau, les parois étaient très vasculaires. Au moment de l'incision, environ un litre d'ascite s'écoula. La tumeur était composée d'un grand nombre de loges indépendantes se présentant sous l'aspect d'une grappe. Quelques adhérences existaient avec le péritoine pariétal. Toute la partie inférieure de la tumeur était cachée et bridée par un large repli péritonéal ; c'était le feuillet antérieur du ligament large qui se trouvait ainsi soulevé. Sur le reste de la tumeur, se trouvaient un grand nombre de petites brides fibreuses venant soit du mésentère, soit de l'épiploon. On les détacha et on les rompit à mesure que l'on vidait les diverses loges ; le temps du dégagement de la masse fut ainsi rendu fort long. Après que toutes ces brides furent pincées il fallut en lier quatre et toutes furent réduites dans le ventre. La grappe allait, à son insertion, en s'effilant, formant comme un très large pédicule qui était constitué par une portion du ligament large étiré. On le lia en 4 portions et on le réduisit dans le ventre. L'utérus portait un corps fibreux du volume d'un œuf. Je l'excisai après avoir lié l'utérus au-dessus de lui, entre 2 ligatures. La laxité des parois était si grande que la fermeture du ventre en fut rendue pénible ; le tissu des cicatrices de la première incision augmenta encore les difficultés. Durée 1 h.	Guérison.	Excision du sac herniaire.

						avait alors le volume de la tête d'un enfant de 10 ans ; mais elle augmenta ensuite rapidement. Il y a 6 semaines, poussée inflammatoire interne. Pas de ponction, incision courte ; ouraque volumineux, double, évité, adhérences récentes et sans grande consistance, 12 litres de liquide louche. Pédicule volumineux lié en 3 parties d'abord, en 2 ensuite et laissé réduit. Durée 1 h.		
375	20 mai 1880. Dr Verrier.	49	D.	U.	Sé.	Mariée depuis 27 ans ; 2 enfants, le cadet a 19 ans. Début 8 ou 9 ans. Pas de ponction. Pas de péritonites partielles antérieures. Incision courte : ni adhérence, ni ascite. Ponction : 18 litres de liquide séreux, clair comme l'eau de roche. Pédicule court, lié et abandonné dans le ventre. Durée 35 minutes.	Guérison.	
376	10 juin 1880. Dr Saganson.	29	G.	Mix.	Vis.	A eu 3 enfants. Début 2 ans. Deux ponctions, dont l'une il y a 15 jours à l'hôpital. Incision jusqu'à l'ombilic. Pas d'ascite. Adhérences pariétales étendues. Parois du kyste friables, se coupant sous les pinces, d'aspect sarcomateux, demi-solide dans la moitié de son étendue, dermoïde ; 16 litres de liquide d'aspects différents, filant, gélatineux, purulent, provenant des diverses loges. Adhérences pariétales tellement étendues qu'il est difficile d'attirer la tumeur. Epiploon peu adhérent. Intestins et mésentere couverts de granulations noirâtres, adhérentes, saignantes, qui nécessitent le pincement et une dissection laborieuse. Pédicule large, friable, lié en trois parties, réduit dans le ventre. Durée 1 h. 1/4.	Guérison.	
377	21 juin 1880. Dr Desprez (de St-Quentin).	40	D.	M.	Sang. et Pu.	Obésité telle qu'elle pesait 180 kil. avant sa maladie. Pas d'enfants, 40 ans ; mère morte de cancer. Ponction il y a 3 semaines, 10 litres liquide sanguin. Nervosisme. Incision longue, remontant au-dessus de l'ombilic à cause de l'épaisseur des couches graisseuses, de l'œdème de l'hypogastre, de la friabilité des parois du kyste et de la généralisation des adhérences ; celles-ci résistent, causent la déchirure des parois et le passage du liquide purulent dans le péritoine, 6 serviettes à demeure pendant l'opération. Intestins adhérents, enflammés, granuleux. Masse solide : 10 kilogrammes de mauvais aspect, comme les granulations intestinales ; 20 kil. liquide jaune, épais, sanguin ou purulent suivant les loges. Pédicule court, large, lié en 2 parties et réduit. Durée 1 heure.	Guérison.	
378	29 juin 1880. Dr Dumesnil (de Rouen).	48	G.	M.	Vis.	Bonne santé habituelle. 3 enfants. Règles irrégulières depuis un an, supprimées depuis 7 mois. Pas de métrorrhagies. S'est aperçue que son ventre grossissait depuis 18 mois. 1 ponction en avril dernier donnant 8 litres d'un liquide filant, sanguinolent. Incision ne dépassant pas l'ombilic. 1 litre d'ascite. Adhérences pariétales généralisées ; pas d'adherences viscérales. La ponction des diverses loges donne 12 litres d'un liquide varié, visqueux, sanguin. Des	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						masses aréolaires se trouvent disséminées dans l'épaisseur des parois du kyste. Ces dernières sont très saignantes. Pédicule gros et court, lié en 2 parties et réduit. Durée 1 h. 10 m.		
379	12 juillet 1880. Dr Lelongt.	43	G.	U.	Hé.	Mariée à 20 ans; 3 enfants, le dernier a 10 ans. 1 fausse couche. Bonne santé antérieure. Souffre dans le ventre depuis longtemps. Celui-ci n'aurait commencé à grossir qu'en décembre 1879. Reconnaissance de la tumeur en mai. Depuis cette époque l'appétit et les forces se perdent; grand amaigrissement. Pas de ponction. Incision d'un décimètre; un peu d'ascite; pas d'adhérence. 8 litres de liquide chocolat, un peu épais. Dans l'épaisseur de la poche, du côté gauche, une masse aréolaire. Pédicule assez long, gros comme le pouce, lié en 2 et réduit. Durée 25 m.	Guérison.	
380	26 juillet 1880. Dr Basset.	32	G. Lig. large.	Mix.	Vis.	Bonne santé; 2 enfants. Pas de ponction. Début : deux ans. Incision jusqu'à l'ombilic, pas d'ascite. Adhérences pariétales généralisées. En avant de la tumeur, plusieurs grosses loges que l'on ponctionne ; dans le fond, grosse masse aréolaire. Adhérences épiploïques. Pas d'adhérences intestinales; adhérence forte à l'utérus dont il faut lier les côtés. Mais tout au fond. la tumeur descend entre les feuillets du ligament large gauche au fond du bassin dans la cloison recto-vaginale où elle est enchatonnée. On l'énuclée en décollant aux dépens du kyste. Avec les lambeaux ainsi décollés et saisis dans une ligature, on forme une sorte de pédicule très court qui est abandonné dans le ventre. A chaque période menstruelle la tumeur augmentait de volume, comme les tumeurs de l'utérus, bien que ce dernier fût sain. 6 pinces hémostatiques nécessaires pendant l'opération. Durée 1 h. 1/2.	Guérison.	Un an après, on sent dans le corps de l'utérus une tumeur fibreuse, du volume d'une tête de fœtus à terme qui s'est produite en deux mois.
381	5 août 1880. Dr Delineau.	26	G.	M.	Vis.	Mariée depuis 3 ans, 1 fausse couche et un enfant de 18 mois. Depuis, le ventre a été sans cesse grossissant; l'accroissement a été particulièrement rapide depuis 2 mois. Pas de ponction. Chloroforme très mal supporté, asphyxie nécessitant la respiration artificielle pendant 35 minutes. Incision courte, peu d'ascite, pas d'adhérences. Incision des diverses loges qui donnent 8 litres de liquide grisâtre, très visqueux. Au fond, une masse aréolaire très friable du volume d'une tête d'adulte. Pédicule assez long, modérément gros, lié en deux et réduit. Durée 55 m.	Guérison.	
	Dr Lelièvre.					[illegible]	Mort par péritonite	

						de couches simples. Tumeur reconnue après cet accouchement : il y a 18 mois. Depuis, accès de fièvre fréquents et plusieurs péritonites partielles. Principale saillie de la tumeur entre l'ombilic et le sternum. Pas de ponction. Incision longue, dépassant l'ombilic de 5 cent. Adhérences pariétales, épiploïques et intestinales généralisées ; l'épiploon est en avant du kyste ; les adhérences saignent facilement. Ponction et incision des loges de la tumeur : 10 litres de liquide hématique et purulent. Quand on dégage le sac, on le trouve relié, en arrière, au mésentere par des adhérences très friables et très saignantes sur lesquelles il faut appliquer cent pinces hémostatiques et un grand nombre de ligatures perdues et disséquer avec le bistouri. Péritonite enkystée du bassin accolée à la tumeur. Le pédicule, long et grêle, vient de l'ovaire gauche. Il est lié en deux moitiés et réduit. Là portion adhérente de l'épiploon hypertrophiée étant restée très saignante, on se décide à la lier en masse et à exciser toute la partie éraillée. Le moignon est ensuite réduit. Durée 1 h. 30 m.		
383	16 août 1880. Dr Nivert.	41	D.	Mix.	Sé.	Réglée à 16 ans. Pas d'enfants. Début 15 mois. Métrorrhagies. — 6 ponctions depuis février dernier, donnant de 14 à 20 litres de liquide séreux, incolore, limpide. Dernière ponction, il y a 8 jours. Incision de 12 cent. Ponction d'une grande loge : 12 litres de liquide séreux, incolore. La paroi de cette poche est ramollie, très friable, complètement adhérente aux parois ventrales et à l'épiploon. On ponctionne deux autres loges profondes qui fournissent des liquides colorés et visqueux, puis on fait le dégagement de la tumeur, de bas en haut, du fond du bassin vers l'épigastre. Tout au fond du sac, une masse aréolaire du volume de la tête d'un enfant de 10 ans. Dans la fosse iliaque gauche, on détache une adhérence épiploïque qui reste très saignante après détachement et nécessite 5 ligatures perdues. Le pédicule vient de l'ovaire droit ; il a la grosseur du pouce. Lié et réduit. Il fallut appliquer aussi 2 ligatures perdues sur des vaisseaux du péritoine pariétal qui continuaient à saigner.	Guérison.	
38i	3 novembre 1880. Dr Céliez.	33	G.	U.	Sé.	Réglée à 17 ans. Pas d'enfant. Règles irrégulières depuis 2 ans, peu abondantes et ne se montrant guère que tous les 3 ou 4 mois. Le ventre avait déjà un certain développement à 17 ans : était alors soignée pour le carreau. Début fort peu déterminé. Pas de ponction Incision courte. Pas d'adhérences. 25 litres de liquide clair comme l'eau de roche. Peu d'ascite. Pédicule large, comprenant une portion du ligament large, lié en 3 portions et réduit. Durée 55 m.	Guérison.	
385	9 novembre 1880. Dr Lemonier.	50	G.	Mix.	Vis. Pu	Réglée à 14 ans. Mariée à 23 ; 2 enfants. Début : 1 an. Pas de ponction. Dans les derniers temps, fièvre, pouls habituel à '12. Incision dépassant l'ombilic. Adhérences pariétales	Guérison.	

N°s D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						généralisées, principalement résistantes dans la moitié gauche, mais peu saignantes. Ponction des diverses loges, liquides brun vert, couleur orgeat. Au milieu de la masse liquide, des grumeaux d'apparence caséeuse, globules de pus. Au fond de la tumeur, une masse aréolaire. Implantation par un pédicule large et court qu'il fallut lier en 3 parties, puis réduire. Un peu d'ascite dans le fond du bassin. Durée 45 m.		
386	16 novembre 1880. Dr Bonin.	29	D.	Ar.	Vis.	Réglée à 14 ans, régulièrement. Mariée à 22. 3 enfants. Début 5 ans. Pas de ponction. Femme pâle et de constitution moyenne. Incision de 11 cent. De 2 à 3 litres d'ascite un peu louche. Vessie remontant très haut au-dessus du pubis. Pas d'adhérences dans la moitié supérieure; adhérences très épaisses, fibreuses, déhiscentes, de la moitié supérieure; une ponction reste sans résultat tant le liquide est visqueux. D'autre part, les parois du kyste sont friables, enflammées et ramollies. L'extraction est ainsi rendue très lente. Il faut réduire la tumeur en couvrant largement chacune de ses loges après les avoir attirées au dehors. La moitié de la tumeur est solide, d'aspect sarcomateux. Le pédicule est court et très friable. Lié d'abord en 2, les fils coupent; on fait une ligature en masse, qui ne suffit pas davantage. Il faut placer une autre ligature plus bas. L'utérus est régulièrement hypertrophié comme dans une grossesse de 4 mois, ce qui avait fait craindre un sarcome concomitant; sa surface est molle, mais non fongueuse. Durée 40 m.	Guérison.	
387	18 novembre 1880. Dr J. Besnier.	46	G.	M.	Vis.	Pas d'enfant. Début 5 ou 6 ans (?). Reconnaissance, il y a 2 mois seulement. Bonne santé habituelle. Pas de ponction. Dans ces dernières semaines, broncho-pneumonie qui a laissé des râles sous-crépitants à la base du poumon droit. Malade de haute taille et chargée d'enbonpoint. Incision n'atteignant pas l'ombilic. Pas d'ascite. Pas d'adhérences. Plusieurs loges contenant un liquide visqueux : 10 litres. Pédicule gros, lié en 3 parties et réduit. Durée 35 m.	Guérison.	A eu un abcès de la paroi, deux mois après, qui a duré 15 jours.
388	23 novembre 1880. Dr Léon de la Tourette.	23	Fond utérin.	Péritonite enkystée concomitante.		Réglée à 14 ans, régulièrement jusqu'à 17 ans. Depuis aménorrhées fréquentes. — Les règles manquent complètement depuis un an. A commencé à grossir depuis 6 ans ; 2 ponctions en avril et en août dernier. Jeune fille assez grande, mince, lymphatique, délicate, très anémique. Parois du ventre épaisses. Arrivé sur le péritoine, il est impossible de le reconnaître. Il est confondu avec des exsudations fibrineuses	Guérison. Le 10e jour, la plaie du ventre se rouvrit spontanément, un flot de liquide ascitique s'échappa. Un tube fut placé à	

						brune, légèrement filante, s'échappe (5 à 6 litres). Ce liquide écoulé, on voit qu'il existe dans la partie supérieure de l'abdomen une sorte de loge, incomplètement close, formée en avant par les parois abdominales, sur les côtés par ces mêmes parois, et en arrière par l'épiploon dégrossi. Toutes ces séreuses ont un aspect qui les rend méconnaissables. Elles ont une couleur uniformément blanche, nacrée, d'apparence fibreuse; leur surface est lisse et unie, leur consistance ferme et leur épaisseur a environ 1 centim. Il y a là une sorte de péritonite enkystée, mais la cavité n'est pas entièrement close. Elle offre un orifice en bas et à gauche, au niveau du sommet du rein; cet orifice mesure, en hauteur, 6 à 7 cent. sur 3 à 4 de large, et le regard, en y plongeant, aperçoit des anses intestinales d'apparence normale. Immédiatement au-dessous de cette loge, dont elle forme les parois inférieures, existe une tumeur hépatique, à parois également blanches, nacrées, épaisses, non élastiques. On la ponctionne et elle donne une dizaine de litres de liquide brunâtre, très visqueux. Sa paroi est friable à l'intérieur, et dans le fond existe une épaisse couche de fongosités en chou-fleur. Cette tumeur kystique ne vient ni de l'un ni de l'autre ovaire; elle s'implante directement sur le fond de l'utérus qui est hypertrophié. On la détache par décortication de la séreuse utérine. Ceci peut se faire assez aisément, sans beaucoup de sang: 5 fines ligatures perdues sur de petits vaisseaux saignants. A la fin, les fibres musculaires utérines étaient à nu sans aucune trace de péritoine. Sur la face postérieure du kyste existaient des îlots de fongosités. La toilette du péritoine fut soigneusement faite. Les parois qui circonscrivaient la loge supérieure ne furent pas autrement touchées et le ventre fut fermé comme de coutume en entier. On laisse dans le péritoine 3 ligatures doubles et 12 petites. Perte de 200 grammes de sang au cours de l'opération. Durée 1 h. 30 m.	plaie rapprochée autant que possible. Un mieux sensible succéda à cet accident.	
389	30 novembre 1880. Dr Témoin.	44	D.	Mix.	Vis. Pu.	Malade de très grande taille et chargée d'embonpoint. 2 enfants. Début mal déterminé. Pas de ponction. Le ventre a acquis un développement énorme, les membres inférieurs sont complètement œdématiés; la marche est impossible. Incision dépassant l'ombilic; écoulement d'une forte quantité de sérosité œdémateuse. Adhérences pariétales fibreuses, généralisées et très résistantes. Incision des loges donnant issue à 20 litres de liquide filant chargé de pus. Large adhérence de l'épiploon, surtout au fond de la tumeur; fixement de 5 ligatures perdues. Attraction avec la main introduite dans la poche qui porte, à sa base, une grosse masse aréolaire. Large pédicule, lié en 3 parties, partant de l'ovaire droit. Il est abandonné dans le ventre. Durée 50 m.	Guérison.	Les fièvres intermittentes dont elle était guérie depuis plusieurs années ont reparu avec intensité à la suite de l'opération.
390	7 décembre 1880.	41	G.	U.	Pu	Non mariée. Réglée à 14 ans. Début 7 ou 10 ans; reconnaissance de la tumeur, il y a 8 mois; depuis, les règles sont	Mort par épuisement et par pé-	La guérison aurait été obtenue sans

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						moins abondantes. Pouls très petit. Accès fébriles dans ces derniers temps. A eu antérieurement des péritonites partielles. Incision jusqu'à l'ombilic. Quelques faibles adhérences pariétales. Ponction : 12 litres de liquide purulent. Péritonite enkystée produite par l'ouverture spontanée de l'une des loges. Pédicule assez gros, lié en 2 parties et réduit. Sonde en caoutchouc laissée à la partie inférieure suivant la pratique vantée par L. Labbé. Injections phéniquées, faites au moment ou la fievre se déclare, inutiles.	ritonite subaiguë.	le drainage fait avec le tube de caoutchouc.
391	13 décembre 1880.	42	D.	M.	Hé. Pu.	Réglée à 16 ans, très régulièrement, 2 enfants, le cadet a 14 ans. Pas de ponction. Souffre depuis 4 ans; la reconnaissance de la tumeur n'a été faite que beaucoup plus tard. Incision jusqu'à l'ombilic. Quelques adhérences pariétales. Plusieurs points du kyste, enflammés, sont d'un jaune verdâtre, couleur feuille morte, et sur le point de se rompre. Ponction : 15 litres de liquide sanguin et purulent. Pédicule sur ovaire droit, assez grêle, lié en 2 parties et réduit. Durée 35 m.	Guérison.	
392	16 décembre 1880.	36	D.	U.	Sé.	Mariée à 18 ans; 3 enfants. Début : un an. Pas de ponction. Incision n'atteignant pas l'ombilic. Adhérences pariétales fibreuses, rendant l'extraction difficile. Ponction : 18 litres de liquide séreux. Pédicule long et gros ; lié en 2 parties et réduit. Je laisse dans le péritoine un peu de sang et d'ascite. Durée 40 m.	Guérison.	
393	30 décembre 1880. Dr Goizet.	55	D.	Mix.	Vis.	Réglée à 13 ans; ne voit plus depuis 3 ans. Pas d'enfants. A toujours joui d'une bonne santé. Début : 3 ans ; depuis, développement tres rapide. Incision dépassant l'ombilic. Ponction : 16 litres de liquide brunâtre, filant. Adhérences généralisées au péritoine pariétal, très solides, très difficiles et déterminant de nombreuses éraillures de la séreuse, produites par l'ouverture spontanée de la plus grande loge dans le péritoine. J'ai le dessin de cette ouverture qui est solidement organisée. Adhérences épiploiques sur tout le fond du kyste très saignantes, nécessitant un grand jeu de pinces et des ligatures perdues. Tout à fait en arrière, adhérence avec deux anses d'intestin grêle. Pédicule très large, lié en 3 parties et réduit. Toilette complète du péritoine rempli de liquide visqueux et de grumeaux épais. 5 serviettes. Pas de drainage les jours suivants. Durée 40 m.	Guérison.	
394	4 janvier 1881.	50	Les 2 ovai-	M.	Hé. et Sé.	Pas d'enfant. Bonne santé habituelle. Début mal déter-	Guérison	

						gauches. On croit à deux tumeurs, mais il n'est pas possible d'obtenir le froissement en les laissant glisser l'une sur l'autre. Opération. Incision atteignant l'ombilic, pas d'ascite. Adhérences pariétales antérieures généralisées, fibreuses et très solides. Ponction : 10 litres de liquide chocolat, hématique. Certaines portions de ce kyste sont comme ossifiées. Ce kyste avait été reconnu 25 ans avant par Nélaton et avait subi de nombreuses poussées inflammatoires. Détachement des adhérences. En haut, l'épiploon adhère sur une surface de la grandeur de la main ; décollement, 6 ligatures perdues. On libère la poche ; sur sa face antérieure se trouve la trompe si dilatée qu'on hésite un moment avec une anse d'intestin grêle. On l'attire au dehors. Elle vient de l'ovaire droit par un pédicule gros et court qui est lié et laissé réduit dans le ventre. A ce moment, on a découvert un 2e kyste qui vient de l'ovaire gauche ; les 2 kystes adhéraient entre eux par leurs faces contiguës. Le 2e, moins gros, donne issue à 7 litres de liquide séreux. Il n'adhere ni aux parois, ni aux viscères. Son pédicule, long et étroit, est lié à part et également réduit. 3 ligatures doubles sur chaque pédicule. Durée 1 h 1/2.		
395	6 janvier 1881. Dr V. Isquierolo. (Santiago.) Dr Thevenot.	40	G.	Ar.	Vis.	Chilienne ; un enfant de 20 ans. Toujours bien réglée. Début 1 an 1/2. Pas de ponction. Kyste aréolaire très irrégulier, grosses bosselures. Adhérences pariétales antérieures très étendues. L'épiploon adhère sur une large surface. 6 ligatures perdues. Incision du kyste, broiement des aréoles ; puis, les diverses loges vidées, on détache les dernières adhérences et on attire la poche au dehors. Le pédicule assez long est très volumineux. Il est formé de très gros vaisseaux dilatés enroulés autour de la trompe et de son pavillon ; il y a d'énormes lymphatiques qui atteignent le volume du doigt. On le lie avec un gros fil de soie, puis on excise la poche et on réduit le moignon. Mais un instant apres le pédicule saigne ; on l'avait abandonné dans le ventre, il faut aller à sa recherche, le saisir avec des pinces et le lier de nouveau plus bas. Pendant ce temps, environ un grand verre de sang s'était écoulé, provenant d'une éraillure survenue à la trompe dilatée et très friable. Il fallut terminer par l'extraction des nombreux caillots formés. Cet accident prolongea l'opération de plus de trois quarts d'heure. Durée totale : 1 h. 15 m.	Guérison.	
396	11 janvier 1881. Drs Millard, Lorey et Mallet.	53	D.	M.	Vis.	Réglée à 13 ans. 2 grossesses normales. Depuis 5 ans, douleurs abdominales ; il y a deux ans, règles abondantes ; à la même époque, petite tumeur dure, bosselée, inégale, occupant la région droite du bassin. Depuis 6 mois, la tumeur a fait de grands progres et atteint la region sus-ombilicale, causant des troubles fonctionnels par compression. Au moment de l'opération, le ventre paraît d'autant plus développé que la malade est très grasse, peu docile. Incision courte.	Cette malade, née de parents aliénés, sujette à des crises de manie, était alcoolique ; elle est prise le 5e jour de délire nerveux très vio-	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						Kyste à parois très épaisses et fibreuses ; quelques espaces aréolaires étalés en surface plutôt qu'en profondeur. Ponction : 12 litres de liquide un peu visqueux, brunâtre, louche et chargé de globules de pus. Pas d'adhérence pariétale ; 2 ou 3 verres d'ascite dans le fond du bassin. Une adhérence épiploïque en haut et à gauche, rompue, pincée et nécessitant 4 ligatures perdues. Le kyste vient de l'ovaire droit, mais il adhère en même temps au fond de l'utérus qui est étiré, allongé et mesure au moins 13 ou 14 cent. Ce gros pédicule est lié en 4 parties : 2 anses et 2 doubles ligatures parallèles. La trompe gauche était hypertrophiée ayant la forme et le volume de l'intestin grêle et son pavillon gros et charnu. Aussitôt après l'opération, cette malade se montre plus indocile encore, ce qui cause les plus grands embarras pour le traitement.	lent bien que le pouls n'eût jamais dépassé 90 et la température 38°. Les Drs Millard et Lorey prétendent qu'il s'agit de délire alcoolique survenu chez une cérébrale. Décédée.	
397	13 janvier 1881. Dr Bastin.	39	G.	Mix.	Fil.	Toujours bien réglée. Mal portante depuis plusieurs mois, relève d'une pleurésie. 2 accouchements. 12 et 9 ans. 1re reconnaissance de la tumeur il y a 16 mois par le Dr Gérin Roze. Puis douleurs et développement rapide. 3 ponctions à 5 semaines d'intervalle : 25 litres, 16 litres, 12 litres, liquide jaune filant. Etat actuel : ventre tres distendu, retombant sur les cuisses ; circulation complémentaire très marquée. Incision longue, ascite 1 litre. Pas d'adhérences pariétales résistantes. Kyste mixte à grandes loges qui donnent 27 litres de liquide filant. En haut, en arrière et un peu à gauche, adhérence épiploïque très saignante qui nécessite 5 ligatures perdues. Tout à fait en arrière, adhérence d'une bride épiploïque à la tumeur ; la section doit être liée. Le reste du péritoine était en bon état. Pédicule assez long, grêle.	Guérison.	
398	18 janvier 1881. Dr Nérat.	31	Mésocôlon transverse.	K. hydatique.		Bonne santé. Vierge. Le ventre a le volume qu'il présente au 5e mois de grossesse La tumeur fait sa saillie principale sur la ligne médiane. Elle est molle, bien fluctuante, descend jusque dans le bassin. Le frémissement hydatique n'a pas été recherché. Le chloroforme est mal supporté, mucosités bronchiques. Incision d'un décimètre au plus. Parois ventrales grasses et épaisses de 4 à 5 cent. Tumeur à paroi molle et gélatineuse, d'un gris verdâtre. Ponction : la paroi, très friable, se déchire sur les côtés du trocart ; liquide, 4 litres, incolore, comme de l'eau de roche. En avant, existaient avec le péritoine pariétal des adhérences molles. En haut du kyste, adhérence épiploïque de la grandeur d'une	Meurt par péritonite.	

						cette adhérence est difficile à détacher et nécessite 3 ligatures perdues. Tout à fait en arrière, le kyste vient de l'épaisseur du mésentère ; il est très adhérent, pris dans 8 ou 9 brides mésentériques, qu'il faut rompre, pincer et lier une à une, car elles sont très vasculaires. En tout, on fit une 15e de ligatures perdues. Enfin le kyste peut être énucléé. Il est formé d'une membrane d'enveloppe épaisse au plus d'un millim. qui paraît légèrement fibreuse par sa face interne. A l'intérieur, de très nombreuses hydatides gélatiniformes, susceptibles de se dédoubler en feuillets beaucoup plus minces. Sur la membrane gélatineuse principale, des îlots de concrétions blanches, nâcrées, cohérentes (hydatides). Dans le fond du bassin, une assez grande quantité d'ascite. L'hémostase établie, les brides liées sont laissées libres et le ventre refermé. Durée 1 h. 15 m.		
399	1er février 1881. Dr Baruel.	60	G.	U.	H.	Réglée à 12 ans, mariée à 18, 2 enfants. Ménopause, à 53 ans. Il y a 5 ans, extraction d'un polype. Début du kyste 4 ans, mais marche rapide depuis 2 ans. Opération. Adhérences pariétales généralisées, très fibreuses, peu saignantes. Détachement très laborieux et fort long. Ponction 17 litres de liquide hématique. Pas d'adhérences viscérales. Pas d'ascite. Le pédicule très long fut lié en deux moitiés au-dessus de la trompe et de l'ovaire, puis réduit dans le ventre. Durée 1 h. 15.	Guérison.	
400	3 février 1881. Dr Laydeker. (Avize.)	35	D.	Mix.	Vis.	Réglée à 13 ans. Mariée à 33. Début 17 mois, depuis sa couche. Pas de ponction. Ventre pyriforme, tombant sur les cuisses. Tumeur formée d'une grosse masse aréolaire dans la fosse iliaque gauche, fluctuante pour le reste. Incision dépassant l'ombilic. Adhérences pariétales généralisées, très résistantes, assez saignantes. Tumeur très friable, surtout sur la ligne médiane. On renonce à la ponctionner et on l'incise largement. Il en coule un liquide semblable à du miel ; évacuation très difficile ; il faut aller rompre les cloisons de tous côtés. On essaye d'entraîner la tumeur suivant différents sens, mais manœuvre difficile, car le sac se rompt au moindre effort et bave son contenu. On obtient enfin le dégagement du pédicule qui vient de l'ovaire droit, mais la tumeur adhère encore en arrière. Pour la réduire, en la vidant, on crève son intérieur avec les ciseaux ; ceux-ci vont perforer la paroi postérieure de la poche. Enfin le kyste bascule. Il était retenu en arrière par une adhérence épiploïque plus large que la surface de la main. On le décolle, puis, sur l'épiploon adhérent 4 ligatures perdues. Le ventre est rempli d'ascite mêlée à du contenu kystique. Toilette du péritoine très longue à l'aide des éponges et des serviettes. Pédicule réduit. Durée 1 h. 35 m.	Guérison.	
401	8 février 1881. Dr Simonnot.	35	Lig. large. D.	Mix.	Sé.	Réglée à 15 ans 1/2. Mariée à 24. Pas d'enfant. Règles irrégulières depuis plusieurs mois. 2 tentatives de ponction	Guérison. (Cette malade a eu	Succombe quelque temps après sa

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MEDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						sans résultat. Mauvais estomac. Incision contournant l'ombilic. Pas d'ascite. Pas d'adhérences pariétales. La tumeur apparait recouverte d'un feuillet séreux, mince et éraillé par places, sous forme de brides dans d'autres. On les isole et on les détache, pinçant celles qui saignent (25 pinces). Ponctions : 10 litres de liquide séreux, brun. Le fond de la tumeur plonge dans le ligament large droit dédoublé. On l'en arrache non sans difficulté. Du côté externe droit se trouvent le feuillet principal du ligament large, la trompe et le pavillon. Tout le fond du kyste est aréolaire, ce qui le rendait irréductible. Aussi le péritoine décollé a-t-il l'étendue du fond d'un chapeau. On forme des lambeaux une sorte de faisceau que l'on prend entre des ligatures. Mais la séreuse étant très friable est coupée et il faut replacer de nouvelles ligatures au-dessous. Durée 2 h. 1/2.	dès le 3e jour des symptômes d'obstruction intestinale qui ont cédé au lavage de l'estomac répété deux fois par jour pendant 7 jours. Il y avait eu le 10e jour des vomissements fécaloïdes. Ce n'est qu'à partir du 11e jour que reparurent des selles très fétides.)	rentrée chez elle à une affection de l'intestin.
402	17 février 1881. Hôpital.	42	G.	Mix.	Sé.	Réglée à 16 ans ; mariée à 20, 7 enfants. Début depuis la dernière couche, il y a 15 mois. Incision jusqu'a l'ombilic. Tumeur formée d'une très grande poche contenant 17 litres de liquide séreux, et de quelques masses aréolaires. Pas d'adhérences. Un verre d'ascite. Pédicule très large, venant d'ovaire gauche, lié en 3 parties, puis réduit. Durée 35 minutes.	Guérison.	
403	22 février 1881. Dr Bailly.	27	D.	M.	Pu.	Toujours bien réglée. Accouchée il y a 5 ans. Le ventre avait grossi depuis cette époque. Tumeur diagnostiquée en juillet dernier, présentant un volume sujet à des variations elles-mêmes analogues à celles que nous avons rencontrées dans certaines tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de l'utérus par le fait des règles. Pas de ponction. Incision courte, pas d'ascite. Quelques adhérences pariétales, sans grande importance. Pourtant la paroi kystique est enflammée, amincie par places et près de se rompre. Ponction : 12 litres de liquide louche et charriant des globules de pus. Pédicule assez gros, un peu court, lié en 2, puis réduit. Durée 45 m.	Guérison.	
404	1er mars 1881. Dr Royer.	44	Lig. large. D.	M.	H. et Pu.	Réglée à 13 ans, mariée à 22, un enfant de 17 ans. Menstruation toujours régulière. Début un an ; pas de ponction. Incision jusqu'à l'ombilic. Pas d'adhérences. Ponction : 15 litres liquide sanguin et purulent. Le kyste vient de l'épaisseur du ligament large. On l'en enuclée en incisant circulairement la séreuse que l'on décolle ; puis on l'applique sur elle-même, on en forme un faisceau qu'on lie d'abord	Guérison.	

405	7 mars 1881. Hôpital.	33	D.	U.	Sé.	Réglée à 13 ans, mariée à 16, 2 enfants. Début de la tumeur 2 ans, pas de ponction. Pas d'adhérences, pas d'ascite. Fond de la poche végétant; contenu 9 litres. Pédicule large, lié en 3 parties, puis réduit.	Guérison.	
406	24 mars 1881. Drs Ch.-H. Petit et Blachez.	29	D.	Mix.	Vis.	Menstruation régulière. Un enfant. Début de la tumeur indéterminé. Diagnostiquée en septembre. Pas de ponction. Incision jusqu'à l'ombilic. Ponction d'une grande loge : 18 litres de liquide filant, café au lait. Au fond, une masse aréolaire. Toute la moitié gauche de la tumeur est recouverte d'adhérences récentes, qui se décollent sans traction et saignent facilement. De l'autre côté, un large feuillet adhère sur le kyste. On le décolle; à la surface quelques ligatures perdues, ou lié en masse aux parties trop saignantes. On réduit le moignon après avoir excisé l'excédent. Tout en haut et en arrière, une anse intestinale est adhérente ; on la décolle, 3 pinces appliquées sur les points saignants pendant 25 minutes, puis on peut l'abandonner sans ligature. La moitié droite de la tumeur n'était pas adhérente quoique chroniquement enflammée. A la surface de la tumeur, on remarquait de larges espaces d'un jaune opaque, mais non utérin. Le pédicule fut lié en 3 parties, puis réduit. Durée 55 m.	Guérison.	
407	31 mars 1881.	34	Lig. large. D.	M.	H.	Réglée à 12 ans, mariée à 20, 4 enfants. Après la dernière grossesse, douleurs dans le ventre qui augmente de volume. Pas de ponction. Operation. Incision jusqu'à l'ombilic ; adhérences pariétales et viscérales très fortes, très saignantes, épaisses, qu'il faut décoller à l'aide de la spatule. Ponction : 10 litres de liquide très brun. Adhérences épiploïques en haut et en arrière, très saignantes : 5 ligatures perdues. Kyste mixte, implanté dans l'épaisseur du ligament large sur une étendue de 12 cent. La poche descend très bas. On l'énuclée en coupant circulairement le péritoine. Puis la séreuse décollée est formée en pédicule, liée en quatre et laissée réduite dans le ventre. L'épiploon restait un peu saignant lors de la fermeture du ventre. On eut le tort de ne pas insister davantage sur l'hémostase. Réaction vive dès le premier jour, mieux le deuxième ; recrudescence le troisième ; la sensibilité et la chaleur siegent a l'épigastre. Le reste du ventre est indolore. Durée 2 h.	Meurt le 3e jour par épiploïte.	
408	7 avril 1881. Hôpital.	34	D.	U.	Sé.	Réglée à 13 ans, mariée à 21, 2 enfants. Début de la tumeur mal déterminé ; reconnue en juin dernier. Pas de ponction. Incision courte, pas d'ascite, pas d' dhérences. 6 litres de liquide séreux, jaunatre ; pédicule large et court, lié en 3 portions et reduit. Durée 30 minutes.	Guérison.	
409	28 avril 1881. Dr Dibot.	60	D.	U.	H. et Pu.	A eu un seul enfant, il y a 10 ans. Bonne santé, rien à noter jusqu'il y a 3 ans ou elle a commencé à souffrir du	Guérison.	Meurt ensuite d'embolie.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						ventre. Celui-ci a pris du développement petit à petit. Incision courte, 5 litres d'ascite. Pas d'adhérence. Kyste uniloculaire contenant 8 litres de liquide hématique. Pédicule gros et court, lié en 2 moitiés. Réduit. La poche est très végétante à l'intérieur, d'aspect épithélial. Dans le fond du bassin, autre masse végétante qui est enlevée après avoir été liée séparément. Durée 40 m.		
410	10 mai 1881. Dr Dheilly.	53	G.	Mix.	Pu.	Non mariée. Tumeur remontant à 3 ou 4 ans; nombreuses poussées inflammatoires. Malade complètement épuisée, squelettique; fièvre quotidienne. 6 ponctions nécessitées par les accidents de compression. Dès la 2e le liquide charrie du pus. La 3e dut être faite pour abattre la fièvre; la malade présentait des signes de résorption purulente; elle était si épuisée que l'opération paraissait impossible. Le liquide obtenu était entièrement purulent. Il en fut de même à la 4e ponction et aux suivantes. Incision courte, pas d'ascite. Adhérences généralisées, mais sans grande résistance et saignant peu. Adhérence épiploïque en haut et en avant. Pédicule grêle, sur ovaire droit, lié en deux parties et réduit. Le contenu kystique, en grande partie purulent, était mélangé de gélatine et de cholestérine. Durée 40 m.	Guérison rapide.	
411	12 mai 1881. Dr Villaret.	58	D.	U.	Sé.	Mariée depuis 30 ans, pas d'enfant. N'est plus réglée depuis 4 ans; léger suintement sanguin depuis 6 mois. Tumeur constatée il y a 2 ans. Pas de ponction. On trouve un kyste uniloculaire, non adhérent, contenant 12 litres de liquide séreux, implanté par un pédicule très large qui est lié en 2 parties et réduit. La trompe, très friable et saignante, a dû être liée à part. Durée 35 m.	Guérison.	
412	17 mai 1881. Dr Sorel.	39	G.	Mix.	Vis	Réglée à 13 ans, mariée à 17 1/2, 1 enfant. Début? Pas de ponction. Incision jusqu'à l'ombilic. Pas d'adhérences pariétales. Kyste multiloculaire, avec de grands espaces aréolaires: liquide très visqueux presque gélatineux. En haut et en arrière, l'épiploon adhère sur une surface grande comme la paume de la main. Il est décollé, pincé sur les points saignants pendant 15 minutes, puis, finalement, réduit sans qu'aucune ligature soit nécessaire. Pédicule large, lié en 3 parties, puis réduit. Durée 35 m.	Guérison.	
413	19 mai 1881.	24	D.	U.	Sé.	Mariée depuis 4 ans, 3 enfants, le dernier en février 81.	Guérison.	

						fréquemment de volume. Au moment de l'opération le ventre est peu saillant et ses parois très relâchées. Il y a quelques semaines, il s'est fait une poussée inflammatoire à la suite de laquelle le ventre a diminué. Incision de 7 centimètres. On va saisir le kyste avec des pinces à griffes ; il est flasque, peu rempli et ne donne issue qu'à 4 litres de liquide non purulent. Pourtant à la face postérieure de la poche, il y a des îlots d'un jaune verdâtre, certainement de cause inflammatoire. Pédicule moyen, lié en 2 parties, puis réduit. Durée 35 m.		
414	23 mai 1881.	61	D.	Mix.	Vis.	Réglée à 17 ans, régulièrement jusqu'à 57 ans. En janvier et février derniers quelques écoulements rouges. Mariée à 23 ans, 3 enfants. Début ? Kyste reconnu en novembre dernier. Pas de ponction. Tumeur molle et pâteuse remontant jusqu'à l'épigastre. liquide à l'hypogastre. Incision contournant l'ombilic. Ponction d'une grande loge : 10e de litres de liquide visqueux, purulent, presque gélatineux. Reste dans le fond du bassin une grosse masse aréolaire, multilobée, sarcomateuse, d'un dégagement si difficile qu'il faut recourir au morcellement. En arrière de cette masse, adhérence de trois anses d'intestin grêle. Incision du feuillet séreux sur le kyste, puis décollement, pincement des points saignants. A la fin, ligatures perdues sur le mésentère ; plusieurs sur l'épiploon et sur l'intestin. Le pédicule est court, très étroit, heureusement assez fibreux. Lié en 2 moitiés et réduit. Durée 1 h. 15.	Guérison.	
415	31 mai 1881. Dr Lespine.	29	2 pédicules un sur chaque ovaire.	Mix.	Vis.	Réglée à 12 ans, mariée à 26. 1 enfant. Début 2 ans 1/2 ; 3 ponctions, la dernière il y a 5 mois. Incision contournant l'ombilic ; 1 litre d'ascite. Adhérences pariétales étendues, mais peu solides, excepté à la région épigastrique où il existait une adhérence de l'étendue de la main, si résistante qu'il fallut recourir au dégagement du kyste de bas en haut et d'arrière en avant, après avoir lié le pédicule. La ponction avait donné issue à 15 litres de liquide assez fluide. En renversant le kyste, on parvint à le détacher de son insertion épigastrique, mais le péritoine éraillé nécessita l'application de 8 pinces pendant 20 minutes. Revenant au pédicule, on lui trouva une disposition exceptionnelle. Par en bas, il allait en se bifurquant et chaque division aboutissait à l'un et l'autre ovaire. Le faisceau gauche avait le volume d'un fort pouce ; le droit, celui d'un index. Entre les deux, les ligaments larges formaient une cloison continue adhérente. Le sommet des ligaments larges fut lié entre deux fils, puis chaque pédicule lié à part en 2 moitiés. En tout, 4 ligatures. Le tout fut réduit. Durée 1 h. 25 m.	Guérison.	
416	2 juin 1881. Dr Soudry.	60	G.	Ar.	Vis.	Mariée à 21 ans, 2 jumeaux, plus tard 1 enfant. Réglée à 15 ans jusqu'à 47. Début : 13 ans. 9 ponctions successivement faites par les Drs Giraldès et Perrier. Malade grasse, à	Guérison.	

MANCHESTER MEDICAL

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						parois ventrales résistantes, sous lesquelles on sent une tumeur irrégulière, bosselée, très dure, non fluctuante, qui ressemble à un fibrome. Incision longue ; pas d'ascite. Ponction d'une tumeur de disposition aréolaire à très petites loges, donnant les liquides les plus variés. Il s'agit d'un kyste très irrégulier, présentant la disposition en grappe, certaines loges ayant des parois à peine fibreuses, tandis que d'autres sont presque cartilagineuses. Heureusement, il n'existe pas d'adhérences. Le pédicule est grêle et court. Lié en deux et réduit. Durée 35 m.		
417	8 juin 1881. Dr Augouard.	48	G.	Ar.	Pu.	Femme épuisée ; accès de fièvre quotidiens dus à la purulence. Ne mangeant plus. Incision très longue. Adhérences généralisées en avant, très solides, très saignantes. Ponction d'une grande loge : 14 litres de liquide complètement purulent. Le détachement des adhérences pariétales est très difficile et très lent. Ces adhérences étaient tellement fibreuses et vasculaires qu'il ne fut possible de reconnaître le péritoine qu'au niveau de l'estomac et sur une petite partie du foie. Partout ailleurs, il était méconnaissable ; elles remontaient si haut qu'il fallut décoller jusqu'au fond des hypochondres, et pour les détacher, morceler le kyste en enlevant à part les grosses masses aréolaires qui entouraient la grande loge, puis prendre la tumeur à revers. Tout à fait en haut, l'épiploon adhère, on le décolle, puis, comprime entre des serviettes, ce qui n'empêche qu'à la fin il faut encore reséquer 3 brides après les avoir liées. Le pédicule vient de l'ovaire gauche ; très court ; lié en 2 moitiés. Sur le péritoine pariétal éraillé, il fallut faire 9 ligatures perdues. En faisant la toilette du péritoine, on ramene quelques caillots du fond du bassin. Durée 2 h. 1/2.	Meurt à la fin du 2e jour par épuisement et septicémie.	
418	10 juin 1881. Dr Ricochon.	36	D.	Mix.	Vis.	Mariée depuis 9 ans ; 6 enfants. Dernier accouchement il y a 8 mois. Pendant cette grossesse la tumeur fut reconnue. 3 ponctions : l'une 2 mois après l'accouchement ; la dernière 15 jours avant l'opération, ayant donné 11 litres de liquide filant ; en plus une grosse masse aréolaire, logée dans l'hypochondre gauche, se terminant en bas par un bord tranchant et rappelant assez bien les caractères des tumeurs spléniques. Incision dépassant l'ombilic. Ponction de 5 litres du liquide reproduit. Adhérences pariétales généralisées, tellement fortes dans la moitié gauche du bassin, qu'il fallut se servir des ciseaux pour les détacher. Mais une autre	Part le 20e jour bien portante. A la suite de l'opération, jusqu'au 9e jour, pouls de 120 a 140 et T. de 39 à 40°. Les lavages de l'estomac répétés 2 fois par jour faisaient tomber à chaque fois	

						tal et, en arrière, avec l'épiploon. Le péritoine fut très éraillé : 9 ligatures perdues. Pédicule lié en 2 moitiés, réduit.	agitation, insomnie, bien que le P. à 100 et la T. à 38°,5. Du 12e au 14e jour, trismus et muguet, T. 37°,5, P. 80. A partir du 14e jour, la santé se rétablit rapidement.
419	14 juin 1881. Dr Gaupillat (Troyes).	45	Lig. large. G.	Mix.	Vis.	Mariée à 16 ans, 3 enfants. Début : 18 mois. Métrorrhagies fréquentes. Tumeur asymétrique, fluctuante par places, plus développée à gauche qu'à droite. Sa position médiane, sa dureté, sa fixité, l'élévation du col utérin qui était fixe et serré à droite avait fait croire à une tumeur fibro-cystique de l'utérus. Pas de ponction. tat général très mauvais; plusieurs poussées inflammatoires antérieures; anémie profonde, fievre, accidents de purulence. Incision remontant jusqu'à l'ombilic. Ponction, 12 litres de liquide purulent. Adhérences parietales généralisées. Les parois kystiques ont été tellement enflammées qu'elles sont complètement friables, se coupent sous les pinces. On dut vider soigneusement le kyste, nettoyer son intérieur avec des éponges et ne chercher à détacher la poche qu'une fois bien vidée. Ce détachement exigea du temps et de la patience, d'autant mieux que la tumeur émergeait de la profondeur du ligament large gauche. Celui-ci fut complètement décollé. On forma une sorte de pédicule avec ces 2 feuillets du ligament large, que l'on lia et laissa réduits dans le ventre. En arriere de la tumeur, il y avait une adhérence épiploïque qui nécessita l'application de deux ligatures perdues.	Succombe le 5e jour par épuisement.
420	16 juin 1881. Dr Du Saussay.	44	G.	Mix.	Pu.	Réglée à 13 ans, jusqu'en février dernier. Mariée à 31 ans. Pas d'enfant. Début il y a 5 ans. Regles profuses durant 10 jours pendant les derniers mois, dues sans doute à la ménopause. Pas de ponction. Incision jnsqu'à l'ombilic. 14 litres de liquide séreux. Kyste en forme de bissac, fluctuant à droite, solide à gauche. Adhérences pariétales partielles; adhérence avec l'épiploon en arriere. Pédicule assez gros, lié en 3 parties.	Guérison.
421	27 juin 1881.	30	Lig. large. G:	M. et Ar.	Sé. Hé. et Pu.	Réglée à 16 ans, mariée à 24. 2 enfants, une fausse couche. Une ponction il y a 3 semaines. 25 litres de liquide rougeâtre. Incision jusqu'à l'ombilic. Péritoine enflammé généralement ; à la surface grumeaux déposés. Ponction 9 litres. La tumeur émerge de l'épaisseur du ligament large gauche. Elle présentait un orifice comme à l'emporte-piece qui avait	Guérison.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE de la tumeur.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
					Laissé écouler du liquide dans le ventre : 20 litres d'ascite roussâtre. Dans le fond de la tumeur une masse aréolaire de 10 kilogrammes. On l'en énucléé en sectionnant circulairement le feuillet séreux. Des lambeaux de celui-ci on forme un pédicule artificiel que l'on lie en 2 parties. Réduit. La toilette du péritoine a été fort attentive. Durée 45 minutes.		
			TUMEURS LIQUIDES DU MÉSENTÈRE (1)				
422	17 février 1879. Dr Bureau.	39	M. et végétant.	S.	Réglée à 12 ans. Un enfant. Règles toujours régulières jusqu'en décembre 1878 ; à cette époque, une métrorrhagie. Début de la tumeur mal déterminé, au moins 3 ans. Reconnue en août 78. A ce moment douleurs très vives dans l'abdomen. Mais pas de fièvre. Pas de ponction. Tumeur multilobée, à surface assez lisse et unie, symétrique, bien fluctuante. Opération : incision jusqu'à l'ombilic, parois du ventre très amincies. Pas d'adhérences pariétales. Ponction : 10 litres de liquide séreux. Attraction de la poche, dont on reconnait la large implantation, en arrière, dans le mésentère ; une anse d'intestin grêle, retenue par celui-ci, est accolée au sac, en arrière. En tirant sur lui, on entraine le mésentère et l'intestin. On s'aperçoit en même temps qu'il reste au fond, et tout à fait dans l'épaisseur du mésentère, plusieurs loges non vidées. On incise alors la poche principale ; son fond est complètement végétant, la surface de section, très saignante. Par la cavité de cette poche, on ponctionne les 2 principales loges du fond qui sont comprises dans l'épaisseur du mésentère. Celle qui se présente le plus en avant est petite, ne descend pas très profondément. Son fond, qui est végétant, peut être complètement énucléé. La loge postérieure, au contraire, est étroite, très profonde, s'insinue dans l'épaisseur du mésentère jusqu'au fond du bassin en prenant la disposition d'un cylindre courbe à concavité antérieure. Les parois sont très minces. Il n'y a donc	Meurt le 8e jour par péritonite subaiguë qui s'est généralisée avec une extrême lenteur.	

					… c'est pourquoi on excise la portion supérieure, en conservant la partie intramésentérique. Dans le canal, on fait passer un drain de caoutchouc dont le chef inférieur est amené à travers le cul-de-sac postérieur du vagin jusqu'entre les lèvres de la vulve. Le chef supérieur traverse la cavité de la grande poche, qui fut la première ouverte. Pour faire le traitement par suppuration, on excise la majeure partie du sac de la grande poche, son fond est conservé, ses bords suturés sur une certaine étendue de la plaie des parois ventrales ; le reste de la longueur de celle-ci est refermé comme de coutume. Une trentaine de pinces hémostatiques sont laissées à demeure sur différents points de la surface de section de la paroi kystique, qui aurait saigné sans cette précaution. Durée 2 h. 1/2. Les 1ers jours, extrême faiblesse, dépression des forces. Le 20, un peu de météorisme à l'épigastre et début très insidieux de la péritonite.		
423	11 novembre 1879.	30	U. Méso-rectum et cul-de-sac utéro-rectal.	Sé.	Réglée à 17 ans, mariée à 24 ; 2 enfants. Menstruation régulière. Début 18 mois ; 4 ponctions en 14 mois. Ventre assez régulièrement globuleux, plus gros qu'à fin de grossesse ; surface lisse, unie, tumeur assez symétrique, bien fluctuante. — Opération : incision de 12 cent. Pas d'ascite. En avant, épiploon adhérent ; on le soulève, décolle son bord, puis on le rejette de gauche à droite. Ponction : 18 litres de liquide séreux. Attraction de la poche. Latéralement, des adhérences pariétales. La poche entraîne avec elle l'intestin dont la contention est difficile. Le kyste ne vient pas de la région de l'ovaire, mais de la paroi postérieure et profonde du bassin, le long du rectum, en arrière de l'utérus. Il émerge du mésentère. On applique sur celui-ci deux ligatures en masse et on l'incise entre les deux : il faut placer en outre trois ligatures sur des vaisseaux qui donnent ; puis on commence l'énucléation de la portion profonde de la poche. C'est un travail long et rendu fort difficile par l'étroitesse de l'incision et surtout parce qu'il faut descendre très bas jusqu'au fond du bassin. A la longue et en s'aidant de tractions ménagées, l'énucléation peut être complètement obtenue, des pinces doivent être appliquées sur certains points du fond du bassin qui saignaient. La portion de mésentère décollée était elle-même suintante. On fit une toilette attentive du fond du bassin et on passa trois sutures sur le mésentère éraillé pour compléter l'hémostase ; puis, les pinces retirées, on exerça, par l'intermédiaire des intestins refoulés, une compression assez forte sur le fond du bassin pendant que l'on pratiquait la suture des parois du ventre. A la fin, bandage du corps très serré. Au réveil, douleur généralisée à tout l'abdomen. Le soir, réaction fébrile intense. P. 130, T. 40°.	Succombe le 2e jour péritonite suraiguë généralisée	
424	15 avril 1880.	43	Ar. (Vésiculeux).		Réglée à 19 ans. Mariée à 20 ans. 3 enfants. Métrite chronique traitée en 1869. Menstruation régulière. Début mal dé-	Succombe à une péritonite à la fin du 3e jour.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE de la tumeur.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
					terminé. Pas de ponction. Tumeur globuleuse, de surface assez régulière, bosselée, remontant jusqu'à l'épigastre. Molle, fluctuante, mais ne donnant pas le flot. Incision dépassant l'ombilic. Pas d'ascite. Adhérences pariétales générales en avant et s'étendant fort loin sur les côtés ; ces adhérences sont fibreuses, saignent peu lorsqu'on les détache. L'épiploon est trouvé largement adhérent sur la face antérieure et supérieure de la tumeur. On le décolle, pince les surfaces saignantes et l'enveloppe dans une serviette. Ponction, écoulement lent et très difficile d'un liquide visqueux. Pour vider la tumeur, qui a la disposition vésiculeuse, il faut l'ouvrir largement et aller lacérer l'intérieur avec les ciseaux. On obtient ainsi environ 14 litres de liquide visqueux. En attirant le sac au dehors, on voit le côlon descendant qui est très apparent à gauche, contourne et suit la tumeur. En arrière d'elle, en haut, on trouve le côlon transverse. Enfin, continuant à abaisser le sac en avant, on découvre qu'il émerge, dans le fond du bassin, de l'épaisseur du méso-rectum dans lequel il plonge par une section conique. En outre, le sac est réuni en arrière et à gauche au méso-côlon descendant par de nombreuses brides fibreuses, analogues à celles qui forment la charpente du mésentère. On isole le sac de ces dernières insertions en déchirant ou sectionnant ces brides que l'on lie toutes les fois que cela est nécessaire. La portion la plus profonde du sac s'engage si loin dans le méso-rectum et jusqu'au fond du bassin qu'on doit renoncer à toute énucléation. On se décide à exciser la majeure partie de la poche ; à conserver le fond dont le bord libre est amené entre les tissus de la plaie des parois et destiné à être traité par suppuration. Canule à demeure.		
425	25 mai 1880. Dr Lemercier.	54	U.	Vis.	Réglée à 12 ans. Non mariée. Ne voit plus depuis 5 ans. Tumeur reconnue il y a 18 mois. Pas de ponction. Tumeur arrondie, très dure, ne donnant la fluctuation que par places, lisse, unie, globuleuse. Elle ne remplit pas toute la cavité de l'abdomen, mais laisse un espace libre à droite et à gauche. Bien mobile de droite à gauche, beaucoup moins de haut en bas. Elle parait émerger du bassin. Opération, incision de 14 cent., qui s'étend également au-dessus et au-dessous de l'ombilic. Pas d'adhérences en avant. Pas d'ascite. Ponction : 9 litres de liquide louche, un peu filant, de plus en plus brun à mesure qu'on arrive aux couches profondes. Une seule loge dont la paroi se rétracte avec force. En attirant le sac,	Succombe le 7e jour. (Septicémie ?)	

					anses d'intestin grêle, dans l'épaisseur même du mésentère, au-dessus de la symphyse sacro-lombaire. La poche entraîne avec elle les anses intestinales ; on reconnaît facilement les panicules graisseux et les brides fibreuses qui doublent le mésentère. Sur la poche, on ne trouve d'autres adhérences que quelques-unes de ces brides fibreuses qui ont suivi la portion de séreuse qui a glissé par l'ampliation du kyste. Toute la tumeur s'est développée, à sa base. du côté du rachis. On incise alors circulairement le péritoine qui recouvre l'implantation de la tumeur à sa base et on décortique. Cette énucléation est longue, nécessite un grand jeu de pinces, car il y a beaucoup de veines d'un gros calibre. On arrive ainsi à énucléer tout le fond du sac. Profondément, dans le mésentère, se trouve une grosse veine qui est ouverte accidentellement et qu'il faut lier. 5 ligatures perdues sont en outre appliquées sur différents vaisseaux ouverts pendant l'énucléation. Finalement, on adosse l'un à l'autre les deux feuillets mésentériques entre lesquels s'était développée la tumeur, on suture leur bord antérieur au moyen de 7 anses de fil de soie fin que l'on coupe au ras des raccords. Cette suture donnant une bonne hémostase, on referme le ventre dans toute sa longueur. — Suites : bon état les 4 premiers jours; le 5e, frisson, fièvre, nausées. Le 6e. P. 120 à 140, T. 39°,8, puis la température décroît brusquement et la malade succombe le 7e jour.	
426	15 mars 1881.	55	Kyste aréolaire, végétant, sarcomateux.	Visqueux.	Malade épuisée par les ponctions, les douleurs et la cachexie. Réglée à 13 ans, mariée à 22 ans, trois enfants. Ne voit plus depuis 5 ans. Le ventre a grossi depuis la ménopause. 8 ponctions récentes. Etat actuel : paysanne courte et grosse, à parois ventrales très épaisses et très résistantes. Ventre régulièrement globuleux ; la ligne xypho-ombilicale très longue. Respiration très gênée, circulation complémentaire très peu marquée. Dix jours avant l'opération, 9e ponction nécessitée par suffocation : liquide filant, brun verdâtre, 25 litres. Le liquide écoulé, il reste dans le fond du bassin une forte masse solide, bosselée et irrégulière. Incision très longue et intéressant près de la moitié de l'espace xypho-ombilical. Parois ventrales très vasculaires, un peu d'ascite. Adhérences pariétales généralisées très fibreuses, d'un détachement laborieux. En haut, adhérences de l'épiploon sur une surface plus grande que les deux mains, très saignantes, pinces nombreuses, à la fin dizaine de ligatures perdues. On peut attirer le sac au dehors, mais il reste par en bas une masse énorme qui intéresse tout le péritoine du fond du bassin : elle émerge, en arrière, de l'épaisseur du mésentère, s'engage à droite et à gauche sous les ligaments larges, adhère, au milieu, au fond et à la face postérieure de l'utérus. Cette masse n'est pas simplement aréolaire, mais végétante, sa coque est confondue avec le péritoine. Son énucléation est fort difficile, faute d'une membrane d'enveloppe bien distincte. Il faut pro-	Mort par épuisement.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE de la tumeur.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
					céder en isolant les feuillets constituants, par une sorte d'énucléation. Ce travail fort long exige aussi l'application d'un grand nombre de pinces. La plaie doit être assez largement ouverte pour permettre d'agir sur la surface très étendue d'implantation au fond du bassin. Aussi l'opération nécessite-t-elle 3 heures d'un détachement des plus laborieux qui épuise les forces de la malade. 20 ligatures perdues, 15 litres d'ascite sanguinolente, visqueuse, extraction de 1 kilog de masses charnues disséminées.		

HYSTÉRECTOMIES

Fibromes interstitiels, sous-péritonéaux, tumeurs fibro-cystiques de l'utérus, utéro-cystiques.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	IMPLANTATION de la TUMEUR.	NATURE.	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. COMPLICATIONS. — TRAITEMENT DU MOIGNON VOLUME DE LA TUMEUR.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
					I. — TUMEURS FIBREUSES		
427	12 février 1878. Dr Gajet.	49	Interstitiels, intéressant surtout les parois postérieure et latérales du corps utérin.	Fibromes multiples.	Non mariée. Début 20 ans. Douleurs très violentes; pertes continues. Forces très compromises. Tumeur dure, asymétrique, grosse bosselure, comme un utérus gravide au 7e mois. Incision dépassant l'ombilic de 5 cent. Tumeur très vasculaire, gros vaisseaux veineux superficiels. Passage d'une anse métallique au moyen de laquelle on fait l'attraction de bas en haut et d'arrière en avant. L'épiploon et l'intestin sont difficiles à contenir. Ligature en masse à la base de la tumeur. Excision au-dessus des fils. Poids de la tumeur : 3,200 gr. Le tout était formé de 3 fibromes principaux développés dans l'épaisseur de la tunique musculeuse de l'utérus : un fibrome central, assez mou, présentant	Morte le 4e jour par péritonite. N'avait rendu ni gaz, ni matières depuis l'opération.	

					bromes seulement, très denses, très durs, non infiltrés, criant sous le couteau. Ces deux derniers beaucoup plus gros que le central. La cavité utérine était refoulée en avant, très amplifiée. Sa muqueuse était fortement épaissie, d'un jaune verdâtre. La ligature définitive fut placée très bas sur le col ; la tumeur en se développant avait renversé l'utérus en avant, soulevé et fait glisser le péritoine du fond du bassin, si bien que le mésentère du gros intestin venait au niveau du fil. Les 2 ovaires, situés au-dessus des ligatures, furent enlevés. Le moignon, réduit autant que possible et cautérisé, fut fixé à l'angle inférieur de la plaie.		
428	19 février 1878.	48	Sous-péritonéal, corne gauche de l'utérus.	Fibrôme.	Excessive maigreur, santé encore assez bonne, mais mouvements, circulation et respiration très gênés par l'énorme volume de la tumeur. Pas de pertes dans ces dernieres années. Menstruation régulière. Tumeur lisse, unie, solide, non fluctuante. Circonférence à la ceinture, 124 cent. ; longueur du pubis à l'ombilic, 57 cent. Incision dépassant l'ombilic de 12 cent. Passage de deux anses pour les tractions ; dégagements partiels ; excision de la tumeur par morcellement pour modérer la perte de sang de la malade. A la face supérieure et un peu postérieure de la tumeur, de graves adhérences existent sur une étendue plus large que la main. L'épiploon épaissi est comme hépatisé. Il est parcouru par des vaisseaux plus gros que le petit doigt, une dizaine ; d'autres, plus petits, existent en très grand nombre. On fait de cet épiploon adhérent des parties qui sont liées chacune dans une anse de fil d'argent. On applique une ligature en masse sur les parties qui adhèrent à la tumeur et on coupe entre les deux. Le lambeau de cet épiploon conservé, qu'une inflammation chronique a hypertrophié, est librement abandonné dans le ventre. On peut alors reprendre le morcellement. On parvint ainsi jusqu'à la corne gauche de l'utérus qui donnait implantation à la tumeur. Alors on vit que les ligaments larges, notamment le droit, étaient complètement infiltrés et comme charnus, au point de représenter des organes solides. Un réseau lymphatique d'une richesse inouïe et fortement gonflé les recouvrait et leur donnait une belle couleur d'un rose un peu jaune, saumonée. La ligature définitive comprit la corne gauche et aussi une petite surface du fond de l'utérus. Mais l'exubérance des ligaments larges était telle que, bien qu'un peu du liquide qui les infiltrait se fût écoulé par des incisions, on ne put les réduire assez pour appliquer la ligature définitive et qu'il fallut nécessairement conserver une petite partie de leur surface. Ce moignon fut placé à l'angle inférieur de la plaie. Mais, en raison de son gros volume, on dut l'attirer un peu fortement de façon à faire saillir le corps utérin qui fut saisi entre les lèvres de la plaie. Suture complète du reste de la	Meurt le 4e jour, péritonite généralisée. Purpura. Larges extravasations sanguines. Putréfaction extrêmement rapide.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	IMPLANTATION de la TUMEUR.	NATURE.	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. COMPLICATIONS. — TRAITEMENT DU MOIGNON. VOLUME DE LA TUMEUR.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
					plaie. Poids du fibrome 15 1/2 kilog. Ce fibrome était formé d'un tissu modérément dense, peu infiltré pourtant. Il n'existait dans son épaisseur aucune cavité kystique.		
429	21 mai 1878.	36	Interstitiel, paroi postérieure.	Fibrôme.	Hémorrhagies répétées, énormes. Deux enfants. Début : 5 ans. Malade tres épuisée. Tumeur ovoïde, lisse, très dure, grand diamètre antéro-postérieur. Vessie entraînée très bas en arrière. Incision dépassant l'ombilic de 4 cent. Transfixion de la tumeur par des anses; pas d'ascite. Dégagement par tractions, apres avoir relevé et contenu l'épiploon par une serviette. Les 2 ovaires sont appendus de chaque côté. Ligature très bas, sur le col, au-dessous des ovaires qui furent enlevés. On voit que le fibrome intéresse presque exclusivement la paroi postérieure. La tunique musculeuse utérine est fortement hypertrophiée de ce côté. L'antérieure l'est beaucoup moins. La cavité utérine est élevée, mais peu augmentée; la muqueuse n'est que peu hypertrophiée. Quoique lié très bas, le moignon utérin reste très gros; lié en deux moitiés, fixé à l'angle inférieur. Cautérisation de la surface au fer rouge. Malgré cela, hémorrhagie d'environ un verre de sang par surface de section, le soir. Ligatures en masse commandées par un ligateur laissé à demeure. Poids du fibrome, 4525 gr. Le tissu fibreux était médiocrement dense; un peu infiltré. L'ovaire droit contenait un kyste sanguin du volume d'une noisette.	Morte par péritonite aiguë.	
430	8 juin 1878. Dr Buisson (d'Aniche).	51	Interstitiel, paroi postérieure et latérale droite.	Fibrôme.	2 enfants. Hémorrhagies très abondantes. Début 12 ans, grande augmentation depuis 5 ans. Anémie très profonde, complètement épuisée. Incision longue. La tumeur est complètement coiffée, en avant, par l'épiploon, qui l'enveloppe comme une coque et adhère très intimement. On le décolle et ce vaste feuillet d'épiploon se rétracte fortement. Dégagement de la tumeur. On lie aussi bas que possible, en deux moitiés; les 2 ovaires sont au-dessus des fils et excisés avec la tumeur. Poids 4,500 gr. On voit que le fibrome intéresse plus particulièrement la paroi postérieure et la moitié droite du corps utérin. Le fibrome descendait très bas en arrière. Il en reste un peu dans l'épaisseur du moignon qui est gros. Il est pourtant attiré et fixé à l'angle inférieur. Pendant le traitement, la suppuration de ce gros pédicule causa quelques accidents d'infection putride.	Guérison.	
431	16 juillet 1878.	46	Interstitiel (tout	Fibrôme très in-	Non mariée. Réglée à 13 ans, menstruation toujours irré-	Morte le 3e jour par	

					après les règles, écoulement séreux très abondant. Grosse tumeur très irrégulière, à fortes bosselures ; de consistance pâteuse, mais non fluctuante, d'ailleurs très variable par places. A la partie inférieure et antérieure du côté droit, on sent un lobe mobile. Hernie ombilicale du volume d'un œuf de poule ; au-dessous, on sent une autre masse mobile, dure, fluctuante, discoïde et aplatie d'avant en arrière, ayant un diamètre de plus de 15 cent. Par en bas, la tumeur plonge jusqu'au fond du bassin. Le col utérin est tellement exhaussé que le doigt l'atteint à peine. Le bord supérieur de la tumeur, gonflé, épais, très obtus, est très lobulé et s'engage profondément sous l'hypochondre droit. Incision dépassant l'ombilic de 8 cent., en contournant la hernie. La tumeur mise à nu, on trouve sur le côté externe droit un corps fibreux mobile et appendu à la masse principale par un pédicule large de 6 cent. On le lie et on excise. Au niveau de l'ombilic, 2e corps mobile, celui-ci d'un rouge violacé, semblable à la rate, mais avec des reflets nacrés en plus. C'est une partie de ce corps fibreux qui s'est engagée dans l'anneau ombilical, l'a distendu et a formé la hernie. Sa consistance est assez mobile. Il est extrêmement vasculaire. Il est appendu à la tumeur principale par un pédicule qui est lié, puis on excise au-dessous du fil. On entraîne hors du ventre la masse principale ; mais en haut et à droite, le grand épiploon lui adhère, en arrière, sur une surface grande comme la moitié de la paume de la main. On pince cette portion d'épiploon, puis on la détache. On commence alors le morcellement de la tumeur, qui est d'un volume considérable ; ce temps fut rendu laborieux par l'abondance des vaisseaux veineux et du liquide qui infiltrait le corps fibreux, condition qui empêchait d'obtenir une constriction suffisante par les fils. A la fin du morcellement, on reconnut que la tumeur intéressait tout le corps utérin. La ligature, faite entre les fils métalliques, portait sur le col utérin. Le moignon, placé à l'angle inférieur. Poids de la masse enlevée, 9 kilog. Tout le gros corps fibreux était si fortement infiltré que, à la coupe, il présentait presque l'aspect d'un kyste aréolaire de l'ovaire. Les 2 ovaires furent enlevés.	
432	4 mars 1879. Dr Marion Sims.	35	Moitié droite de l'utérus.		Française d'origine, habite l'Angleterre. Menstruation régulière, non mariée. Métrorrhagies dans ces derniers temps. Début : 2 ans. Tumeur entièrement solide, renflée de gros lobes, asymétrique, plus développée dans la moitié droite qu'à gauche ; à droite remonte jusqu'au foie ; comble la profondeur du bassin. Incision dépassant l'ombilic de 6 cent. Pas d'ascite, pas d'adhérence. A la surface de la tumeur, gros sinus superficiels du volume du doigt. En raison du gros volume de la tumeur, on commence le morcellement avant de tenter le dégagement. Quand celui-ci put être obtenu, on jeta une première ligature en masse vers le quart inférieur de la tumeur et on excise ce qui était au-dessus du	Guérison. La convalescence fut compliquée par l'explosion d'une fievre typhoïde qui obligea la malade à garder le lit pendant 5 semaines.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	IMPLANTATION de la TUMEUR.	NATURE.	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. COMPLICATIONS. — TRAITEMENT DU MOIGNON. VOLUME DE LA TUMEUR.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
					fil. Les deux ovaires ont suivi la tumeur hors du ventre ; ils pendent de chaque côté, sont volumineux et présentent plusieurs grosses vésicules de Graff prêtes à se rompre. Aussi place-t-on la ligature définitive au-dessous d'eux. En sectionnant le néoplasme, on voit qu'il s'est principalement développé dans la moitié droite de la matrice ; sa cavité, peu amplifiée, a été repoussée à gauche. Tout l'utérus était hypertrophié, même son col. Le moignon fut lié en quatre. Les 2 ovaires enlevés. Le pédicule fixé à l'angle inférieur de la plaie. Poids du fibrome enlevé : 9500 gr.		
433	16 février 1880.	42	Interstitiel fond et corps utérin.	Sarcôme.	Réglée à 15 ans. 2 enfants. Menstruation irrégulière depuis plusieurs années ; pertes fréquentes qui ont amené un extrême épuisement. Souvent des douleurs hypogastriques. Le début serait assez récent. Il y a un an au plus que la tumeur a été reconnue ; son développement a été particulièrement rapide depuis quelques mois. Ventre distendu par de l'ascite ; en déprimant la paroi, on sent une tumeur solide, assez régulièrement globuleuse, qui fait corps avec l'utérus et se continue avec lui. Incision dépassant l'ombilic de 4 cent., écoulement de deux à trois litres d'ascite qui est un peu louche. La tumeur apparait avec la coloration habituelle aux gros fibromes interstitiels de l'utérus, mais elle est remarquable par le nombre et la dimension exceptionnelle des vaisseaux veineux ou artériels qui rampent à la surface. Ces vaisseaux sont très fortement flexueux. Le grand épiploon est adhérent par son bord libre à la région supérieure et postérieure de la tumeur sur une surface plus grande que celle de la paume de la main. Dans l'épaisseur de ce repli péritonéal rampent de gros vaisseaux veineux et artériels, roulés en spirale, du volume d'une plume de corbeau à celui d'un porte-plume et qui établissent une continuité de circulation entre la tumeur et l'épiploon. On commence à saisir, du côté de l'épiploon, ces vaisseaux dans une ligne continue de fortes ligatures faites de fil de soie ; on place du côté de la tumeur une ligne de pinces en T et on coupe entre les deux. La tumeur ayant été ainsi rendue libre, on en commence le morcellement, après l'avoir attirée le plus possible entre les lèvres de la plaie. L'application des ligatures partielles d'attente fut rendue fort laborieuse et délicate par suite de l'extrême vascularité et du gros diamètre des vaisseaux. Aussi fallut-il comprimer avec force chacun des orifices de passage des fils. En raison du gros volume de la tumeur, il fallut commencer par faire une section angulaire en coin de la tumeur en	Pas de réaction. Meurt par épuisement le 2e jour.	

					vue de diminuer son diamètre. Le tissu sectionné de la tumeur ne présentait pas l'aspect habituel des fibrômes, même infiltrés. Il était plus mou, beaucoup plus friable, d'un gris jaune sale, il avait, en un mot, les caractères du sarcôme déjà parvenu à un état de dégénérescence avancée. En répétant un certain nombre de fois les manœuvres habituelles du morcellement, il fut possible d'extraire toute la tumeur sans perte de sang considérable. L'hémorrhagie put être toujours maîtrisée, il n'y eut de sang perdu que celui qui coulait par exsudation et qui était absorbé par les éponges. La tumeur intéressait tout le corps de l'utérus, dont la cavité, hypertrophiée en raison du volume acquis par la tumeur, était rendue fort appréciable par la coloration verdâtre que présentait la muqueuse qui la tapissait. La section dernière portait assez bas sur le col, et malgré cela on voyait encore des traces du tissu morbide. Il devenait impossible de pousser l'opération plus loin. On dut se borner à placer sur le moignon du col une double ligature métallique, puis ce moignon fut attiré et fixé à l'angle inférieur de la plaie. Avant de refermer le ventre, on prit dans autant de ligatures distinctes faites en fil de soie très fin, tous les gros vaisseaux contenus dans l'épiploon ; l'hémostase bien établie, on régularisa la surface de section, puis on réduisit librement dans le ventre ce qui restait de l'épiploon. Les deux ovaires, qui paraissaient sains, furent enlevés, par précaution, en même temps que l'utérus. Le poids des parties enlevées était de 5700 grammes.		
434	29 avril 1880.	33	Paroi postérieure d'utérus.	Fibrôme avec un kyste interstitiel (1).	Réglée à 15 ans, régulièrement jusqu'à ces dernières années où se produisirent des pertes fréquentes. Ce sont ces pertes répétées et le gros volume que prenait le ventre qui décidèrent la malade à réclamer une intervention chirurgicale. Au moment de l'opération le ventre a un développement qui dépasse celui qu'il a au terme d'une grossesse. On sent une tumeur arrondie, lisse, unie, dure et solide, non fluctuante excepté en un point situé sur la face antérieure, en haut et un peu à droite. Incision longue contournant l'ombilic, pas d'ascite. On découvre sur la face antérieure de la tumeur, en haut et un peu à droite, une surface dont la coloration diffère de celle du reste du néoplasme. On reconnaît en même temps que la fluctuation existe à ce niveau. Il s'agit d'un kyste, que l'on ponctionne avec un trocart de petit diamètre, et qui donne environ un litre de liquide brunâtre et hématique. A ce moment, on procède à la transfixion de la tumeur, qui présente dans le reste de sa surface la coloration ordinaire des fibrômes utérins, en 2 points, pour le passage de fils destinés à faire des tractions. A l'aide de ceux-ci on parvient à dégager la tumeur et à la faire sortir en glissant de gauche à droite et de haut en bas. On commence aussitôt le morcel-	Guerison.	

(1) Malgré la présence d'un kyste, nous avons cru devoir ranger cette observation parmi les tumeurs solides, car le tissu fibreux était de beaucoup prédominant.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	IMPLANTATION de la TUMEUR.	NATURE.	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. COMPLICATIONS. — TRAITEMENT DU MOIGNON. VOLUME DE LA TUMEUR.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
					lement en vue d'assurer l'hémostase et de priver la malade de la moindre quantité de sang possible. La tumeur n'a pris d'ailleurs aucun rapport anormal avec les organes voisins ; à mesure que l'on approche de l'implantation de la tumeur, on voit qu'elle descend très bas dans le col. On constate un fait qui étonne au premier abord : les deux ovaires se trouvent contigus et tous deux reportés du même côté, à gauche et un peu en avant. Ce déplacement tient certainement au refoulement qu'a fait subir aux fibres utérines la tumeur en se développant très bas dans le corps et le col et en intéressant principalement la paroi postérieure de l'organe. Les ovaires sont enlevés en même temps que la portion utérine avec laquelle ils sont en rapport. Les dernières ligatures sont placées très bas ; elles sont faites de forts fils de soie et divisent le moignon en trois portions ; en outre une ligature en masse, ou de sûreté, est faite par dessus. On avait recours à ces ligatures anormales en vue d'abandonner le moignon dans le ventre ; mais, tenant compte de son gros volume, on eut des craintes et on se borna à le fixer à l'angle inférieur de la plaie, en l'entourant d'une collerette isolante de plomb. Poids de la masse enlevée 6 kilogs.		
435	15 juin 1880. Dr Evrard.	35	Fond de l'utérus.	Fibrôme infiltré et à géodes.	Réglée à 15 ans. Un enfant il y a 11 ans. Menstruation toujours régulière, mais toujours tres surabondante. Début remonte à plus de quatre ans. Depuis cette époque, la malade a passé un an à la Maternité en qualité d'elève ; examinée pendant cette année, on avait cru à l'existence d'une tumeur kystique. Lors de l'opération, ventre énormément développé, en pointe, pyriforme, tombant sur les cuisses ; l'élongation s'est faite principalement aux dépens de la portion sus-ombilicale. La tumeur est lisse, unie, assez molle, nettement fluctuante, mais ne donne pas le flot. Utérus fortement exhaussé. Opération : incision dépassant l'ombilic de 3 cent. Pas d'ascite. Pas d'adhérences antérieures. La tumeur apparaît un peu plus rouge qu'un kyste ovarique. Ponction, rien ne coule. On incise largement la tumeur avec des ciseaux, à la suite 2 litres de sérosité sanguinolente. On commence à tenter l'extraction au moyen de fortes pinces, à plateaux et à griffes, et on ne l'exécute qu'au prix de grands efforts. Sur la face antérieure de la tumeur, en haut, apparaît un énorme lacis de vaisseaux artériels, veineux, lymphatiques, dilatés, de la grosseur d'un porte-plume et même du petit doigt, formant un réseau inextricable ; les uns sont droits ou plus ou moins courbes, d'autres tout à fait sinueux. Les	Meurt par épuisement.	

					limpide. Quelques franges d'épiploon sont mêlées à ce lacis et y adhèrent. On les lie en 2 faisceaux et on les sectionne. La masse fibreuse peut alors être amenée au dehors ; elle n'adhère plus nulle part. Elle s'implante sur le fond de l'utérus ; celui-ci est allongé et aplati sur lui-même (15 cent. de long sur 5 à 6 de large). Sa cavité n'est pas augmentée. L'ovaire droit, hypertrophié, bilobé, paraît être le siège de deux petits kystes ; il a été enlevé avec la tumeur. Le gauche, normal, est conservé. La ligature définitive porte sur le fond de l'utérus ; elle est faite en trois portions. Le moignon utérin fut réduit dans le ventre ; de même l'épiploon décollé et lié. Le poids du fibrome, y compris celui du liquide qui s'en était écoulé, était de 15 kilog[s]. Ce fibrome était très fortement infiltré ; le liquide, en se collectant, par place, entre les mailles écartées du tissu cellulaire, avait creusé de véritables géodes.		
436	25 novembre 1880.	36	Paroi postérieure et latérale droite de l'utérus.	Fibrôme infiltré.	Réglée à 15 ans, très régulièrement. Mariée à 23. Cinq enfants. Malade depuis 3 ans, le ventre grossit depuis le même temps. Depuis un an, pertes abondantes à chaque retour menstruel. Ventre plus gros qu'à la fin d'une grossesse. Tumeur globuleuse, régulière, lisse, unie, de consistance très ferme. Fausse fluctuation par places. La consistance varie d'ailleurs avec les époques. La tumeur fait corps avec l'utérus ; le corps de celui-ci est exhaussé et reporté en haut et à gauche. Opération : incision dépassant l'ombilic en le contournant. Pas d'ascite. Pas d'adhérences antérieures. Transfixion de la tumeur en deux points pour passage des fils de traction. On fait le dégagement en masse de la tumeur, puis on a le soin de recourir au morcellement pour faire la suture de la tumeur en vue de ménager le sang de la malade. En détachant les fragments de la tumeur, on trouve, en avant, la cavité utérine qui s'est trouvée amplifiée par suite de la distension que le fibrome a fait subir à tout l'organe. La tumeur intéresse principalement la paroi postérieure de l'utérus. Par en bas, elle envoie un fort prolongement dans la paroi latérale droite de la matrice. La ligature fut placée sur le col ; elle fut faite en 3 parties, avec un fort fil de soie. Le moignon utérin a été réduit dans le ventre. Poids de la tumeur lors de son ablation : 6 kilog[s]. Deux heures après, il s'en était écoulé 1,500 gr. de sérosité.	Guérison.	
437	21 février 1881. D[rs] Barthez et Leroy.	42	Face antérieure de l'utérus.	Fibrôme sarcomateux.	Réglée à 15 ans, mariée à 21 ans. Les règles furent toujours régulières jusqu'à l'année dernière. La malade fait remonter le début de sa tumeur à cette époque. Depuis, elle a perdu chaque mois pendant 3 semaines et éprouve des névralgies continues, elle est donc extrêmement épuisée. Incision dépassant l'ombilic de 4 cent. Parois assez vasculaires. Écoulement d'un peu d'ascite. Adhérences généralisées, en avant et sur les côtés, avec le péritoine pariétal, saignantes à cause	Guérison.	

Nos d'ordre.	Date de l'opération. Médecin traitant.	Age.	Implantation de la tumeur.	Nature.	Procédé opératoire. Complications. — Traitement du moignon. Volume de la tumeur.	Suites immédiates.	Suites éloignées.
					d'un état hémophilique. Ce temps de l'operation fait perdre 300 grammes de sang. Adhérences en avant avec la vessie qui est difficile à détacher par dissection. La tumeur est traversée par des fils formés en anses, puis on en fait l'attraction. En arrière, on trouve l'epiploon et le mésentere qui sont complètement adhérents et sur lesquels on laisse 30 ligatures perdues appliquées sur les grosses veines remplies de sang très noir, comme mélanique. On détache les adhérences, pince les surfaces saignantes ; à la fin 5 ligatures perdues. On reconnait que la tumeur est fibro-sarcomateuse, qu'elle s'insere principalement sur la face antérieure de l'utérus hypertrophié, ramolli, violacé, triplé de volume et rempli de noyaux fibreux. On lie sur le col en 3 parties, puis le moignon formé fut placé à l'angle inférieur de la plaie et maintenu au dehors. Pas d'ascite. Poids de la tumeur enlevee : 6 kilog. Durée 2 h. 1/2.		
438	24 février 1881. Dr Carion.	32	Interstitiel, fond et paroi postérieure d'utérus, se propageant dans le bassin, la fosse iliaque et le mésentère.	Fibrôme sarcomateux.	Réglée à 13 ans, régulièrement. Mariée à 18. 3 enfants. Début 2 ans. Malade fort épuisée, tourmentée par des phénomènes douloureux qui lui font réclamer l'opération. Tumeur multilobée, simulant deux tumeurs. Incision dépassant l'ombilic de 7 centimètres ; ascite 1/2 litre. Parois peu vasculaires. On découvre une seule tumeur, mais très irrégulière, envoyant un gros lobe jusqu'au foie et remplie de petites cavités kystiques. Pas d'adhérence. L'attraction fut rendue fort difficile par suite même de la forme irrégulière de la tumeur. Une fois la tumeur hors du ventre, on la saisit dans des ligatures multiples et on l'enleva par le morcellement pour mieux ménager le sang de la malade qui était très épuisée. Un moment, on crut que la tumeur naissait dans le bassin ; puis on put s'assurer qu'elle provenait de la paroi postérieure de l'utérus. Elle envoyait des prolongements dans le ligament large gauche qui était soulevé par la tumeur. On l'isole, le lie en 7 ou 8 faisceaux, on agit de même pour une énorme masse qui s'engageait dans la fosse iliaque et pour une autre qui se prolongeait dans le mésentère ; on lie en 2 moitiés l'implantation de la tumeur sur le col de l'utérus. Le pédicule fut fixé au dehors à l'angle inférieur de la plaie, sauf la portion liée des ligaments larges qui sont laissés libres dans le ventre. Pas de perte de sang. Poids de la tumeur enlevée : 800 grammes. Durée 3 heures.	Mort par péritonite.	
439	25 avril 1881.	47	Fond d'utérus et	Ascite et tumeur	[illegible]	Guérison	

					de la première ponction. Depuis cette époque, 4 ponctions donnant 30 litres d'ascite chaque. La dernière a été faite avec Ricord et Gosselin 4 jours avant l'opération. On a reconnu de nouveau les caracteres de l'ascite. Il est resté au fond du bassin une masse globuleuse, assez régulière, semi-solide. Incision jusqu'à l'ombilic ; nouvel écoulement d'ascite. On est en présence d'une tumeur sarcomateuse ayant la forme et les dimensions d'un cerveau d'adulte. Entre la face antérieure de la tumeur et l'utérus existent des vaisseaux ossifiés du volume d'une plume d'oie, dont le décollement rend la dissection difficile sur une étendue de 20 centimètres, à cause de la difficulté de leur hémostase. Elle est implantée sur les deux ligaments larges, sur le fond de l'utérus et sur le fond de la vessie sur laquelle elle a pris quelques adhérences. On détache d'abord ces dernières, puis on l'isole des ligaments larges en faisant 4 ligatures perdues. Enfin la grosse masse morbide peut être détachée. Le pédicule est lie en six parties ; de tous les côtés la tumeur envoyait des adhérences digitiformes aux viscères voisins, surtout l'intestin et l'épiploon épaissis sur lesquels nous appliquons dix ligatures perdues. On absorbe avec des éponges les six litres d'ascite déjà reproduits. Le ventre est refermé. Examen histologique fait par le Dr André : Sarcome. Poids de la tumeur : 6 kilogr. Durée 1 h. 35 m.	
440	24 mai 1881. Dr Baudin.	31	Fond et moitié droite de l'utérus.	Fibrome.	Réglée à 14 ans, non mariée. Depuis 10 ans, pertes tous les 15 jours. Augmentation du volume du ventre depuis 6 ans. Douleurs lombaires, ventre comme à la fin du 8e mois d'une grossesse. Tumeur lisse, unie, mobile, non bosselée, fluctuante. Incision remontant au-dessus de l'ombilic. Parois abdominales grasses. Au moment de l'opération, écoulement de sang par la vulve, ce qui est un état habituel. Pas d'ascite, pas d'adhérence. Attraction de la tumeur, puis ligatures partielles et morcellement. Les 2 ovaires viennent avec la tumeur. Le droit est hypertrophié, kystique (le kyste qu'il porte a le volume d'un petit œuf et un contenu hématique) ; le gauche est normal. La tumeur est principalement implantée sur le fond et la moitié droite de l'utérus. La derniere section porta sur le col hypertrophié. Le moignon de celui-ci fut lié en 2 moitiés, puis saisi dans deux ligatures en masse. Il fut fixé à l'angle inférieur de la plaie et maintenu au dehors. Poids du fibrome entier 4,300 grammes. Durée 1 h. 35 m.	Guérison.

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE de la tumeur ET SIÈGE.	NATURE du CONTENU ET CONTENANT.	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. COMPLICATIONS. — TRAITEMENT DU MOIGNON. VOLUME DE LA TUMEUR.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
					II. — TUMEURS FIBRO-CYSTIQUES DE L'UTÉRUS.		
441	Novembre 1878. Dr Ehrhardt.	51	Fibro-kystique. Corne droite de l'utérus et mésentère.	Sarcome. H.	Très épuisée, 2 enfants. Début : 4 ans. Pas de perte. Deux péritonites partielles. Douleurs violentes. Au moment de l'opération, ventre énorme. Tumeur lobulée, irrégulière, fluctuante par places, solide dans d'autres ; asymétrique. Elle est très mobile dans le ventre ; plus saillante dans 1/2 droite que dans 1/2 gauche. Les intestins principalement refoulés à gauche. Incision longue ; on ponctionne plusieurs loges kystiques qui ne donnent que 2 ou 3 litres de liquide. Transfixion de la tumeur ; tractions énergiques ; la tumeur ne se dégage que difficilement à droite ; au contraire la partie supérieure gauche est amenée assez facilement. De ce côté on voit, par en bas, que des anses d'intestin grêle sont tout à fait accolées à la tumeur ; elle est donc dans l'épaisseur du mésentère. En se rendant compte des rapports, on voit qu'il s'agit d'un corps fibreux sous-péritonéal qui, né de la corne droite de l'utérus, a soulevé et dédoublé le mésentère pour l'envahir. L'implantation rendait inutile de prolonger les tractions. Du côté droit, le péritoine bride la tumeur ; c'est pourquoi on l'incise et on le décolle pour la libérer. La coupe, qui comprend de gros vaisseaux, est saisie dans des pinces. On dégage la tumeur, elle vient de la corne droite de l'utérus par un pédicule gros comme trois doigts. On le lie en 2 parties avec un fil de soie et on excise la tumeur. Le poids de celle-ci est de 7,500 grammes. Le mésentère ayant été ouvert, les deux feuillets sont rapprochés, réappliqués, réunis en bourse, puis liés au moyen d'un fil de soie que l'on coupe au ras. La tumeur avait contracté plusieurs adhérences pariétales, conséquences des péritonites antérieures ; plusieurs points saignaient. On dut faire 6 ligatures perdues. Une large frange épiploïque qui adhérait à la tumeur fut liée au catgut. Le pédicule fut laissé réduit dans le ventre. Toute la plaie fut refermée. Durée 3 heures.	Succombe au choc le 2e jour.	.
442	22 juillet 1879. Drs Alix et Barrault.	39	Fibrome creusé d'un seul kyste. Corne gauche de l'utérus.	Fibrome. H.	Bien réglée ; jamais de perte. Non mariée. Début, 4 ans ; masque pigmentaire abondant sur la figure. Tumeur globuleuse, lisse, unie, soulevant fortement l'ombilic, donnant au ventre la disposition pyriforme, très fixe. Consistance liquide, fluctuante dans la moitié supérieure, très dure, com-	Guérison.	.

					avant, adhérences pariétales généralisées, très résistantes, saignant beaucoup. La tumeur apparaît coiffée par le grand épiploon adhérent en haut; on le décolle et on le refoule vers l'épigastre. Au niveau de la portion fluctuante, la tumeur a une coloration verdâtre; le reste est rouge utérin. On ponctionne le kyste : 11 litres de liquide hématique. La poche vidée, on attire le reste de la tumeur. Elle est reliée latéralement par des adhérences qui saignent et qu'il est nécessaire de pincer. A la fin on dut appliquer 6 ligatures perdues. Il n'y a qu'une seule loge. Tout le fond de la tumeur est solide, bosselé, de nature fibreuse. La tumeur provient de la corne gauche de l'utérus par un pédicule de la grosseur de trois doigts. Il fut lié d'abord en 2 moitiés, puis en masse, au catgut. On excise la tumeur et le pédicule est réduit dans le ventre. Les deux ovaires n'ont pas été vus. Toilette du péritoine pendant laquelle on ramène quelques petits caillots au fond du bassin. Durée 2 h. 15 m. (Il n'y avait qu'une seule poche creusée dans l'épaisseur du corps fibreux. En avant la paroi avait 1 cent. d'épaisseur. De haut en bas, la paroi allait en gagnant d'épaisseur. Par en bas, la tumeur était constituée par un fibrome plein et d'un tissu fort compact.)		
443	10 février 1881. Dr Cros.	39	Fond de l'utérus.	Liquide 11, partie solide, 5 kilogr.	Très débile. Réglée à 14 ans, toujours régulièrement quoique les règles aient été moins abondantes depuis 3 ans. Mariée à 18 ans. Pas d'enfant. Début 3 ans. Pas de ponction. Pas de péritonites partielles antérieurement. La tumeur offre tous les caracteres d'un kyste ovarique, mais le col utérin, fortement exhaussé, est difficilement atteint par le doigt. Incision dépassant l'ombilic de 5 cent. Adhérences pariétales généralisées, saignantes en avant, nécessitant plusieurs ligatures perdues. Ponction de la loge kystique : 18 litres de liquide sanguin. Reste une masse fibreuse à la partie inférieure, dont le poids, après l'opération, fut trouvé de 5 kilogr. Latéralement, dans les hypochondres et dans les flancs, adhérences fibreuses, des plus résistantes, déhiscentes, se divisant en lames. Dégagement et libération de la tumeur des plus laborieux. En haut et en arrière la tumeur adhere partout à l'épiploon; celui-ci contient de gros vaisseaux, qui saignent facilement, et nécessitent 15 ligatures perdues. Plusieurs points restent fortement éraillés. Le fibro-kyste vient de l'utérus. Son moignon est lié en 3 parties par 5 ligatures doubles; il a le volume du poignet. A la fin on le fixe à l'angle inférieur de la plaie. Durée 3 h. 1/2.	Guérison.	

Nos D'ORDRE.	DATE DE L'OPÉRATION. MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÈGE.	NATURE du LIQUIDE.	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. COMPLICATIONS. — TRAITEMENT DU MOIGNON. VOLUME DE LA TUMEUR.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
					III. — KYSTE INTERSTITIEL DES PAROIS DE L'UTÉRUS		
444	2 décembre 1880. Dr Drouet.	27	Paroi postérieure.	Sé.	Réglée à 15 ans. Menstruation toujours très irrégulière. Mariée à 18 ans. Pas d'enfants. Début 3 ans. Volume très variable de la tumeur qui parait être influencée par la fonction cataméniale. Pas de ponction. Le ventre a à peu pres la grosseur qu'il a au terme d'une grossesse régulière. Tumeur globuleuse, non bosselée, lisse, unie, bien fluctuante, faisant corps avec l'utérus dont le col est trouvé très haut. Incision courte. Apparition d'une tumeur de coloration brun rougeâtre. Pas d'adhérences antérieures, ni d'ascite. Ponction : 13 litres de liquide séreux. La poche vidée, les parois qui la formaient se rétractent plus fortement que cela n'a lieu avec les kystes ovariques. En recherchant l'implantation, on voit qu'elle naît directement de l'utérus et qu'il s'agit d'un kyste interstitiel développé dans sa paroi postérieure. On lie sur cette paroi au-dessous de la cavité, et, serrant fortement les fils, une sorte de pédicule se trouve constitué. Celui-ci est amené entre les lèvres de la plaie, à l'angle inférieur, où on le fixe avec la portion correspondante de l'utérus. Le reste du ventre refermé.	Guérison.	
					TUMEUR SOLIDE DU MÉSENTÈRE (1)		
445	16 décembre 1879.	29		Encéphaloïdes.	Non mariée. Bonne santé jusqu'à ces dernières années. Syphilis il y a 10 ans. Pas d'antécédents cancéreux dans la famille (?). Tumeur encéphaloïde primitive du mésentère, ayant refoulé toute la masse intestinale en arrière d'elle et repoussé l'intestin grêle dans l'hypochondre gauche. Adhérences généralisées avec la paroi antérieure de l'abdomen. Adhérences très fortes avec le bord tranchant du foie et le fond de la vessie. Gros lobe de la tumeur insinué dans le méso-rectum ayant fait subir des changements de rapports à l'utérus et à ses annexes et déterminé la hernie de la paroi postérieure du vagin et du rectum par la vulve. Toute notre intervention s'est bornée à pratiquer une incision exploratrice.		

(1) Cette observation a été publiée en détail à la p. [illegible] du t. I du *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin* avec une figure qui montre la disposition

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Sur les 145 nouvelles observations dont se compose la troisième série que nous publions dans ce III[e] volume, 121 ont trait à des tumeurs kystiques développées directement sur l'ovaire ou dans son voisinage immédiat, et ont motivé l'ablation par la gastrotomie.

Une seule observation fait exception : c'est celle qui figure sous le n° 398, et qui a trait à un volumineux kyste hydatique développé dans le tissu cellulo-adipeux du méso-côlon transverse. La tumeur, bien fluctuante, dépourvue du frémissement caractéristique, occupait la ligne médiane et s'engageait par sa circonférence inférieure dans la cavité du bassin, si bien que tous les confrères qui l'avaient examinée, avant l'opération, avaient cru à un kyste ovarique. L'ablation par la gastrotomie était urgente, tant la tumeur était volumineuse, comme pour une autre malade dont nous avons publié l'observation dans le tome II de nos cliniques.

Quant aux 120 autres tumeurs, voici comment l'opération a démontré qu'il fallait les classer d'après l'organe où elles s'étaient développées :

96 intéressaient un seul ovaire : chez 60 malades, c'est-à-dire dans plus des deux tiers des cas, ce fut l'ovaire gauche qui fut trouvé kystique; chez 36 seulement, c'est-à-dire un peu plus de l'autre tiers, l'ovaire droit. Dans nos précédentes publications, nous avions toujours noté une prédominance marquée en faveur de l'ovaire gauche, sans parvenir pourtant à en déterminer la cause, mais non dans une proportion aussi accusée que celle que nous relevons aujourd'hui.

Deux fois les tumeurs intéressaient simultanément l'un et l'autre ovaire : elles furent enlevées toutes les deux. Ces deux ovariotomies doubles figurent sous les n°s 326 et 394.

Une tumeur kystique, bien qu'elle fût réellement unique, tirait son origine des deux ovaires à la fois (obs. 415). Le pédicule était bifurqué, par en bas, en deux faisceaux qui aboutissaient à chaque ovaire : le faisceau gauche était plus gros que le pouce; le droit avait le volume d'un index. Entre les deux faisceaux, les ligaments larges formaient une cloison continue, adhérente.

14 tumeurs tiraient leur origine de l'épaisseur du ligament large, et, dans ce cas, les deux côtés du bassin ont été affectés dans la même proportion.

Une fois, la tumeur avait son point de départ sur le péritoine qui garnit le fond de l'utérus (obs. 388). Entièrement sessile, elle s'était formée aux dépens de la séreuse dégénérée, épaissie, renflée en masses papilliformes et fongueuses, au point qu'il fut possible, pour l'enlever, de décortiquer le fond de l'utérus et de mettre complètement à nu les fibres musculaires, très reconnaissables à la vue. Cette intéressante opération nous a fait voir, du reste, que la dégénérescence kystique n'était pas seulement limitée au feuillet de péritoine qui recouvrait le fond de l'utérus, mais qu'une portion du péritoine pariétal de la région supérieure et antéro-latérale, et aussi une partie importante du repli du grand épiploon, en arrière, avaient subi des modifications analogues, au point de constituer, par leur réunion et leur agglutination, un des plus singuliers exemples de tumeur péritonéale enkystée (incomplètement) qu'il nous ait été donné d'observer.

Une autre de ces tumeurs kystiques avait son point de départ dans le cul-de-sac utéro-rectal (obs. 350). Comme on ne se l'explique que trop facilement, avec un tel siège, cette tumeur se propageait en arrière du côté du mésentère, dont elle écartait et dédoublait les feuillets; aussi l'énucléation complète, qui fut pratiquée, imprima à l'opération un caractère de gravité exceptionnelle.

Enfin, dans six cas, la nature cancéreuse des tumeurs kystiques n'avait pas été reconnue d'une façon assez certaine avant l'opération pour dissuader d'entreprendre celle-ci. Nous n'avons pas à le déplorer, puisque sur ces six cas :

Une fois, nous nous sommes trouvé en présence d'un cancer végétant qui intéressait tout le fond du bassin (obs. 355), et la nature de l'affection reconnue, l'ascite vidée par la simple incision exploratrice, à laquelle nous nous en sommes tenu, la malade a pu rentrer dans sa famille et n'a certainement pas succombé plus tôt qu'elle ne l'eût fait si elle n'eût subi cette opération.

Trois fois (obs. 312, 317, 338), nous avons rencontré des tumeurs kystiques de nature sarcomateuse qu'il nous a été possible d'enlever complètement. Nous avons de la sorte procuré aux malades une survie d'une année qu'elles n'auraient pas eue certainement sans l'opération.

Chez deux seulement de ces six malades, l'ablation de vastes tumeurs n'a pas été suivie de succès. Dans un cas, il s'agissait d'un cancer colloïde généralisé à tout le péritoine (obs. 314) ; dans l'autre, d'un cancer papillaire (obs. 356) qui intéressait les deux ovaires, les trompes et la corne gauche de l'utérus.

Si nous reprenons maintenant, en particulier, chacune de ces grandes divisions de tumeurs pour envisager ce qu'elles ont présenté de spécial sous le rapport de leur disposition intérieure, de la nature de leur contenu, de l'absence, de la présence et de l'importance des adhérences qu'elles avaient contractées avec les organes voisins, des complications qui ont surgi au cours de l'opération et du traitement des pédicules, nous trouvons :

1° Pour les *tumeurs kystiques de l'ovaire* :

Que, sous le rapport de la *disposition intérieure* qu'elles affectaient :

32 étaient *uniloculaires ;*

24 franchement *multiloculaires ;*

40 *mixtes*, c'est-à-dire formées de loges moins spacieuses et de masses aréolaires si volumineuses que, dans un sixième

des cas, elles constituaient à elles seules toute la tumeur et que celle-ci pouvait être qualifiée d'*aréolaire*.

Sous le rapport de la *nature du contenu*, ce sont les liquides franchement séreux ou encore assez peu chargés de principes solides pour qu'ils ne soient que filants, qui constituaient la majorité : 67 cas.

Des liquides franchement sanguins ou dérivant nettement d'un sang plus ou moins vieilli et altéré ont été rencontrés dans 7 cas.

Enfin, dans 22 opérations, nous avons trouvé des liquides séro-purulents ou franchement purulents.

Sous le rapport de l'*existence*, de l'*étendue des adhérences* avec les *organes voisins* nous relevons :

Que 30 tumeurs seulement étaient complètement mobiles.

Que 12 présentaient des adhérences localisées, partielles;

Que 23 présentaient des adhérences très étendues ou généralisées à tout le péritoine pariétal et aux viscères ;

Que 27 avaient des adhérences de la plus haute gravité, non seulement avec le feuillet pariétal du péritoine, mais aussi avec le feuillet viscéral, tout particulièrement avec le grand épiploon, qui, de tous les viscères, est celui qui est le plus souvent adhérent (24 fois), ou avec les anses intestinales (3 cas), complication qui augmente considérablement les difficultés de l'opération (obs. 336, 348 et 414);

Et que quatre (obs. 304, 305, 337, 343) adhéraient au mésentère ou aux organes pelviens.

Malgré le nombre de cas, relativement grand, dans lesquels nous nous sommes trouvé aux prises avec des adhérences de la plus extrême gravité, il ne nous est arrivé que trois fois de nous en tenir à l'*ablation partielle* et de laisser en place une petite portion de tumeur que nous avons détruite plus tard au moyen de la cautérisation et de la suppuration (obs. 302, 303 et 304). Il nous est arrivé, dans le passé, de nous montrer plus fréquemment partisan de cette méthode qui, dans certains cas d'adhérences généralisées très solides et intéressant des organes délicats du voisinage, que l'on ne saurait rompre sans danger, est seule acceptable. Nous convenons

que l'abondance de la suppuration, qui se produit pendant le cours du traitement, offrirait quelques dangers pour les malades, si l'on n'avait pas la précaution d'assurer au pus un écoulement facile par une bonne disposition donnée à la plaie, par un drainage bien compris et des lavages suffisants; nous convenons encore que ce mode de traitement a l'inconvénient de laisser, chez quelques malades, un trajet fistuleux qui demandera un certain temps pour être oblitéré. Mais que sont ces inconvénients en comparaison des dangers auxquels on eût soumis les opérées en s'efforçant de pratiquer l'ablation totale? L'excision partielle ainsi comprise est loin d'être un aveu d'impuissance, comme ont voulu le suggérer quelques chirurgiens inexpérimentés, mais bien un procédé de prudence qui, pour être moins brillant pour l'opérateur, profite aux malades, et ce dernier titre est suffisant pour le faire conserver.

D'ailleurs, plus nous avançons dans la pratique de la gastrotomie et plus nous nous montrons soucieux d'éviter, pendant le décollement des adhérences, les délabrements du péritoine. Ce fait se produit fréquemment au sujet du grand épiploon qui, de toutes les portions de la séreuse splanchnique, est celle qui entre le plus souvent en jeu dans les cas graves. En effet, 24 fois sur 96 opérées, nous avons vu des adhérences épiploïques étendues et solides constituer le principal danger de l'opération. Tandis que, il y a quelques années, nous nous bornions le plus souvent à les rompre en bloc sans trop nous préoccuper de ménager les replis séreux intéressés, quitte à faire aussitôt une bonne hémostase sur les parties saignantes; tandis que, à la même époque, lorsque l'adhérence était étendue, très solide, pourvue de vaisseaux volumineux, au lieu de faire le décollement successif, nous n'hésitions pas à comprendre la portion d'épiploon entre une ligne de ligatures et une ligne de pinces jetées à larges intervalles et à reséquer entre les deux lignes, nous évitons aujourd'hui de faire de tels délabrements. Sur les 24 cas cités dans cette statistique, il nous est arrivé sept fois (obs. 306, 307, 312, 318, 326, 339 et 380) de reséquer une portion

d'épiploon, et toujours nous l'avons fait avec plus de ménagements, surtout dans ces derniers temps. Actuellement, à peu près toujours, nous faisons avec l'ongle ou la spatule le décollement de l'épiploon adhérent, aux dépens du feuillet kystique correspondant que nous avons préalablement cerné par un trait de bistouri très superficiel, ce qui suffit d'ordinaire. Si quelques points saignent au cours de ce décollement, le pincement, aussitôt pratiqué, parvient à arrêter définitivement l'écoulement de sang, et, au besoin, une fine ligature perdue, faite d'un fil fin de soie coupé au ras, est placée à la fin de l'opération. Mais nous évitons autant que possible les larges résections d'épiploon, qu'il nous est arrivé de pratiquer autrefois, et surtout ces ligatures en masse laissées sur la séreuse, qui n'ont peut-être pas été sans effet sur la production des quelques cas de tétanos que nous avons eu, jadis, le regret de voir entraver la guérison à un moment où celle-ci semblait assurée, accident qui ne s'est reproduit sur aucune de nos malades dans ces quatre dernières années.

Quant aux petites ligatures formées de fils de soie très fins, pour étreindre l'orifice d'un petit vaisseau qui continue à saigner, la grande expérience que nous avons acquise nous permet d'affirmer qu'elles sont inoffensives et qu'on peut en appliquer un nombre relativement élevé, vingt, trente et plus sans qu'il en résulte rien de désavantageux. Le seul reproche à leur adresser est le temps qu'elles exigent pour être faites, même par des mains exercées.

Mais si ces adhérences épiploïques, larges, très étendues et très résistantes constituent une difficulté opératoire considérable, et par suite, aggravent, dans une certaine mesure, le pronostic de l'opération, il en est d'autres qui ont des effets encore plus funestes et qui sont d'autant plus à redouter qu'elles peuvent passer à peu près inaperçues. Nous voulons parler de ces adhérences de nouvelle formation, encore molles et glutineuses, qui existent fréquemment sur l'épiploon. On les rencontre de préférence vers la partie supérieure, dans la portion qui est contiguë à la tumeur. Elles sont si peu résistantes qu'elles commencent à se

rompre lors du retrait de la poche kystique, pendant la ponction. Lorsqu'on vient à attirer cette poche au dehors, même avec douceur, on les sent qui cèdent définitivement avant que l'œil ait pu les découvrir. Si l'on n'était prévenu du degré de gravité extrême que présentent de semblables adhérences, on pourrait être tenté de ne pas les rechercher, d'autant plus qu'elles donnent à peine de sang, sur le moment, le poids de l'épiploon replié sur lui-même suffisant à s'opposer au suintement sanguin. Mais si on se laisse aller à cette sécurité fallacieuse, l'épiploon venant à être déplissé, lors de la fermeture du ventre, le sang coule de nouveau et une péritonite suraiguë est sûrement la conséquence de ce moment de négligence. C'est pourquoi, dans ce cas, nous avons l'habitude d'ouvrir très largement l'abdomen afin de pouvoir bien en surveiller et inspecter toutes les parties, estimant que c'est le seul moyen de se mettre certainement à l'abri de cet accident insidieux. En effet, de tous les degrés d'organisation dans lesquels on peut observer les adhérences, celui-ci est peut-être le plus redoutable par les risques ultérieurs qu'il fait courir aux malades en donnant du sang, et par sa facilité à redevenir le siège d'un foyer d'inflammation très aiguë.

Pour terminer immédiatement ce que nous avons à dire des adhérences, nous allons examiner la part qui paraît leur revenir suivant leur siège, leur étendue, leur degré d'organisation, et sur le résultat définitif des opérations.

On a vu déjà que sur la série de 96 kystes ovariques que comprend cette nouvelle statistique, 30 seulement furent trouvés complètement dépourvus d'adhérences. Après traitement, nous avons enregistré 27 guérisons et 3 insuccès, soit une proportion de 90 guérisons °/₀, ce qui est certainement un résultat très avantageux. Mais comme nous l'avons fait observer déjà plusieurs fois, il est fort heureux que ces cas simples ne soient que peu sujets à s'enflammer, car lorsque l'inflammation vient à s'emparer d'un péritoine ainsi normal et en tout point très perméable à la circulation, elle ne tarde pas à s'établir et à se propager avec une intensité et une

rapidité qui la rendent promptement redoutable. C'est à cela, et à cela seulement, qu'il faut attribuer les quelques insuccès, car dans ces cas simples la guérison devrait être la règle.

C'est par des raisons du même ordre qu'il faut expliquer que, dans les cas où il existe quelques adhérences, encore insuffisantes pour compliquer beaucoup l'opération, mais pourtant assez étendues pour modifier en quelque sorte la séreuse péritonéale et en amortir la vitalité, les résultats définitifs de l'opération se trouvent être mieux assurés. En effet, si une inflammation vient à se produire, elle a beaucoup plus de tendance à se localiser dans les limites d'un cloisonnement qu'à devenir générale, et, d'autre part, le péritoine modifié par la tumeur a beaucoup moins de vitalité et, par suite, présente plus de tolérance. C'est pourquoi, cette fois encore comme dans nos précédentes statistiques, les tumeurs qui étaient accompagnées d'adhérences avec le péritoine pariétal dans la limite que nous indiquons, sont celles qui ont donné les meilleurs résultats à la suite de l'opération. Nous n'en avons noté que 12 dans la présente série ; toutes ont guéri.

Mais dès que les adhérences se généralisent à tous les feuillets séreux du péritoine, qu'elles sont parvenues à un degré d'organisation avancée, et qu'elles sont devenues solides et résistantes, elles prédisposent tellement à l'éraillure ou au déchirement du feuillet séreux, bien que celui-ci n'ait plus qu'une vitalité diminuée, que les chances de péritonite se multiplient. Aussi, sur 23 cas appartenant à ce groupe, nous avons compté trois insuccès. Notons toutefois que parmi les malades de ce groupe qui ont succombé, l'une (obs. 326) portait un kyste qui, antérieurement à l'opération, avait subi l'inflammation à un degré tel qu'il s'était ulcéré spontanément et qu'il avait déversé son contenu dans le ventre. Par contre, une autre opérée (obs. 318) qui présentait une semblable complication a guéri.

Une autre malade de ce groupe (obs. 360) a résisté en dépit d'une pneumonie double aiguë survenue pendant le cours du traitement.

Au même degré sont redoutables les larges adhérences épiploïques dont nous parlions plus haut, soit que solides et très résistantes elles exigent de longs efforts pour être décollées, soit que moins organisées et molles elles tendent à échapper aux regards du chirurgien. Sous le rapport du résultat final, leur influence se montre sensiblement la même : 24 observations, 21 guérisons, 3 insuccès, soit 87 guérisons °/₀. Dans ce groupe, nous avons été également assez heureux pour voir guérir la malade de l'observation 357, malgré une pneumonie lobulaire survenue pendant le traitement. Celle qui figure sous le n° 369 a vu sa convalescence retardée par l'ablation de plusieurs myômes utérins qui eut lieu au cours de l'opération, ce qui avait augmenté la perte de sang. Enfin, parmi les malades qui ont succombé, celle de l'observation 345 portait un kyste entièrement suppuré qui l'avait jetée dans un tel état de fièvre hectique qu'il était réellement trop tard pour intervenir et que je n'eusse pas tenté l'opération sans l'insistance du médecin, de la malade et de la famille.

Mais c'est certainement lorsqu'elles viennent à intéresser les anses intestinales, qui appartiennent presque toujours à l'intestin grêle, ou certaines portions du mésentère, méso-colon descendant et surtout le méso-rectum, ou encore les organes qui occupent le fond du bassin, que les adhérences revêtent une gravité exceptionnelle. Le fait s'explique non seulement par les difficultés que l'on éprouve alors à en faire le détachement, mais surtout par le degré d'épuisement qu'offrent les malades chez lesquelles on observe de semblables désordres. Aussi est-ce dans ces circonstances que la statistique présente le tableau le moins consolant. Sur 7 cas de cette espèce, nous n'avons obtenu que 5 guérisons. Il est vrai que l'une des deux malades qui ont succombé (obs. 305) a été emportée par un accident qui paraît n'avoir rien eu de commun avec le siège occupé par les adhérences. Opérée en avril 1878, à une époque où nous fixions encore le pédicule à l'angle inférieur de la plaie du ventre, elle était affectée d'une bronchite chronique et de quintes de toux violentes qui, le sixième jour, rompirent les adhérences du

pédicule à la paroi : il en résulta que du pus pénétra dans la cavité péritonéale par l'orifice incomplètement cicatrisé, et ce fut cette pénétration qui eut pour résultat l'explosion d'une septicémie mortelle.

Arrivons maintenant au traitement du pédicule. A ce sujet, nous rappellerons que pendant les premières années où nous avons pratiqué l'ovariotomie, nous avions l'habitude de remettre le pédicule dans le ventre après l'avoir écrasé à l'aide des nombreux clamps de notre invention et l'avoir cautérisé. Si quelques vaisseaux saignaient, nous placions sur leurs orifices des ligatures de soie ou quelques-unes de nos pinces hémostatiques laissées à demeure. Plus tard, nous réduisîmes le pédicule dans le ventre après l'avoir lié avec un fil d'argent, qui ne tardait pas à s'enkyster au milieu des tissus. Nous avions fait un certain nombre d'essais heureux de cette espèce, quand, un jour, un fil mal serré devint l'occasion d'une hémorrhagie qui se fit dans le ventre et eut pour conséquence de nous faire perdre la malade. Effrayé par cet accident, nous jugeâmes qu'il était préférable de disposer le pédicule de façon à ce qu'il pût être toujours en observation. Nous le fixâmes à l'angle inférieur de la plaie des parois du ventre au moyen d'un clamp ou mieux d'un fil métallique maintenu par un des nombreux ligateurs que nous construisîmes à cet effet. En dernier lieu, nous donnâmes la préférence à un modèle perfectionné par Cintrat et qui permettait de tordre le fil au lieu de laisser un petit anneau pour maintenir la constriction, bien qu'il ne fût peut-être pas le meilleur de nos modèles.

Pendant plus de dix ans, nous appliquâmes ce mode de traitement du pédicule qui fut imité par tous. Il avait pourtant plusieurs inconvénients. D'abord, avec les pédicules courts, il était très malaisé de donner à ceux-ci une disposition convenable entre les lèvres de la plaie et de les y fixer convenablement. Il n'est pas douteux que, le long de semblables pédicules, il ait pu se faire parfois un suintement septique qui aura déterminé la mort de quelques malades. D'autres fois, comme on en voit un exemple dans l'observation 305, le pé-

dicule, bien que suffisamment long, en se détachant trop tôt sous l'influence d'un effort de la malade ou même spontanément, devenait la cause d'un accident analogue.

Dans les cas les plus heureux, la présence au dehors de ce pédicule, qui se sphacélait en partie, dégageait une odeur fatigante pour les malades, devenait un foyer de suppuration, salissait les pansements, nécessitait des soins renouvelés plusieurs fois par jour, représentait en un mot une complication grave pendant plus de la première moitié du traitement consécutif. La guérison assurée, la conservation de ce pédicule externe avait encore des inconvénients, puisque, le plus souvent, il avait déterminé au niveau de la cicatrice un froncement et un enfoncement des tissus avoisinants qui laissaient aux malades une déformation indélébile dont elles se seraient bien passées.

C'est pourquoi nous nous décidâmes à revenir à notre ancienne méthode, la réduction complète du pédicule laissé libre dans le ventre.

A partir de notre trois cent vingt-huitième opération (18 mars 1879), nous ne nous sommes plus départi une seule fois de cette manière de faire et nous ne pouvons que nous applaudir de cette détermination. Du même coup, nous avons vu disparaître tous les inconvénients que nous venons de signaler en parlant du traitement du pédicule externe et nous avons la conviction que le résultat de nos opérations s'en est trouvé sensiblement amélioré.

Y a-t-il de grands avantages à employer de préférence certaines substances pour former la ligature du pédicule ? Quelles sont ces substances ? La discussion de ces questions ne nous paraît pas avoir autant d'importance que certains l'ont donné à entendre. Quelques chirurgiens, avec Lister, vantent les fils de catgut phéniqués. Nous eûmes soin pendant quelque temps de les employer. Voici comment nous procédions.

Pour les pédicules de volume ordinaire, nous les traversions par leur milieu au moyen d'une aiguille qui ramenait après elle un fil de catgut, puis, celui-ci dédoublé, nous étreignions chaque moitié du pédicule dans une anse bien serrée ;

nous formions par dessus ces deux anses une ligature en masse, au moyen de la partie restante de deux chefs de fils déjà employés, et nous détachions notre tumeur à un peu moins d'un centimètre au-dessus des ligatures.

Si le pédicule était plus gros, ce qui n'arrive que trop souvent, outre les deux ligatures latérales en anses, nous faisions dans le milieu, au moyen de fils de catgut parallèles, préalablement passés, une ou autant de ligatures partielles qu'il nous paraissait nécessaire, en liant, deux à deux, en avant et en arrière du pédicule, les fils ainsi placés.

Cette manière de faire est toujours celle que nous employons, elle nous paraît encore la plus certaine et la plus pratique, mais nous avons, depuis longtemps déjà, renoncé à l'emploi du fil de catgut. Nous ne l'avons pas fait sans réflexion.

Quels avantages avaient surtout fait adopter le catgut ? La parfaite tolérance dont il est l'objet de la part des tissus et sa résorption assurée. Or, nous avons depuis longtemps la certitude que les fils de soie, quel que soit leur diamètre, sont non moins bien tolérés par les tissus et que leur résorption, si elle est plus lente, ce qui ne nous est pas démontré, ne s'obtient, en somme, pas moins bien.

Ceci établi, voici les reproches que nous faisons au catgut. A diamètre égal, les fils qu'il forme sont certainement moins résistants que ceux de soie. Les fils de catgut, conservés dans l'huile phéniquée, sont glissants sous le doigt, moins commodes à manier et surtout bien plus difficiles à serrer. Ils sont bien plus susceptibles de subir l'élongation, sous l'effort de la traction, que ceux de soie. En raison de leur surface lisse, les fils de catgut, formés et serrés en nœuds, ont bien plus de chances de se desserrer que les fils de soie plus ou moins striés. Il est vrai que ces derniers scient davantage si on les fait frotter rudement sur les tissus, mais il est toujours possible d'éviter semblable manœuvre. En revanche, les ligatures de soie, une fois placées et serrées, ont bien moins de chances de glisser le long du pédicule qu'elles étreignent, au moment où l'on ébarbe l'excédant de celui-ci,

par suite de leur surface striée, que les fils de catgut qui sont complètement lisses et gras. Pour tous ces motifs, nous n'employons plus exclusivement, depuis plus de deux ans, que les ligatures de soie et nous n'avons qu'à nous en louer.

Maintenant, nous affirmons que la réduction du pédicule dans le ventre représente un progrès sur sa fixation à l'angle inférieur de la plaie. Nous avons déjà énuméré de nombreux motifs qui militent en faveur de cette opinion, nous n'y reviendrons pas. Le meilleur procédé de démonstration serait sûrement, puisque nous faisons de la statistique, de prendre au hasard, dans nos relevés, deux séries d'observations de même nombre dans lesquelles l'un et l'autre procédé aurait été invariablement employé. Il nous est malheureusement impossible de faire cette démonstration, ne pouvant écarter des faits cités toute cause d'une autre espèce qui aurait influencé le résultat final. En effet, c'est à partir du 18 mars 1879, que nous avons commencé à réduire toujours le pédicule dans le ventre, et presque à la même époque (novembre 1878), nous avons adopté la pulvérisation phéniquée recommandée par Lister. Nos malades se trouvaient donc soumises du même coup à deux ordres d'influences nouvelles, et, dès lors, il est difficile de faire la part qui aurait pu revenir équitablement à chacune en particulier.

S'il nous fallait dire toute notre pensée, nous n'hésiterions pas à avouer que la part la plus efficace revient à notre mode de traitement du pédicule.

Des pratiques listériennes, nous avons adopté ce qui suit : lavage de la région qui va devenir le siège de l'opération à l'eau phéniquée ; brouillard d'eau phéniquée au 40e sur le champ de l'opération pendant toute sa durée ; immersion préalable des instruments et fils dans l'eau phéniquée. Jadis, nous passions nos instruments au feu et nous ainsi que nos aides nous servions de l'alcool pour le lavage des mains et celui de l'opérée, ce qui ne modifie en rien le résultat. Dans notre pansement, nous avons donné place au *protective* et à la charpie phéniquée, au lieu de tarlatane alcoolisée. Pardessus, nous faisons notre ancien pansement par occlusion

au moyen de larges bandes de diachylon imbriquées; par-dessus encore, occlusion et compression au moyen d'épaisses couches de ouate maintenues par une large ceinture de flanelle double, comme nous l'avons toujours fait. Ce que nous avons emprunté à Lister a-t-il apporté quelque amélioration dans les résultats obtenus? Nous voulons le croire, puisque nous persistons à y recourir, sans pourtant en avoir la preuve indéniable. Toutefois, si dans la chirurgie ordinaire les enseignements de Lister ont eu, entre autres résultats, d'apprendre aux chirurgiens à mieux se conformer aux préceptes que nous avons posés depuis de longues années, à se garder contre les chances de contagion et à mieux respecter les exigences d'une indispensable propreté pendant les opérations, nous, qui n'avons pas été sans entendre quelquefois railler comme méticuleuses et excessives les précautions que nous n'avons jamais cessé de recommander à nos aides et à notre entourage, nous pouvons nous flatter de ne pas avoir attendu que tous ces conseils nous vinssent de l'étranger.

Le moment serait maintenant venu de nous rendre compte des résultats que nous a fournis l'ovariotomie dans ces 96 nouveaux cas, mais auparavant il nous reste encore à examiner quelques conditions présentées par nos malades et qui peuvent influer sur le résultat final : l'âge des opérées, leur état civil, mariées ou non, l'influence des gestations ou l'infécondité antérieure, celle de certains états pathologiques ou de quelques pratiques chirurgicales, notamment des ponctions, la valeur de l'ascite, quand elle existe, etc. Nous nous montrerons aussi bref que possible sur chacun des points.

Sous le rapport de l'âge que présentaient nos malades au moment où elles se soumirent à l'opération, nous trouvons qu'une seule avait moins de vingt ans (obs. 318); que 6 étaient au-dessous de vingt-cinq ans; et que 14 étaient entre vingt-cinq et trente ans.

Mais c'est surtout à partir de la trentième année que les affections kystiques de l'ovaire paraissent devenir communes : 34 de nos opérées étaient entre trente et quarante ans,

et c'est précisément dans cette période de la vie que l'activité de l'ovaire commence à décroître chez un grand nombre de femmes.

La décade suivante, de quarante à cinquante ans, période pendant laquelle l'activité ovarique vient à s'éteindre, si elle ne l'est déjà, comprend un nombre de malades presque égal : 30. On serait donc en droit de chercher dans les modifications des tissus qui se produisent au voisinage de l'époque de la ménopause, sinon toutes les causes, du moins les plus efficaces de celles qui sont susceptibles de faire naître la dégénérescence kystique. Sûrement, ce ne sont pas les seules puisque les kystes ovariques ont été rencontrés même avant la puberté, dans la première jeunesse et qu'on les voit encore se montrer alors que la ménopause est depuis plusieurs années définitivement établie, mais la cause la plus fréquente ne nous en paraît pas moins être le plus ordinairement dans les conditions sur lesquelles nous avons voulu attirer l'attention.

Nous avons opéré neuf malades entre 50 et 60 ans; deux seulement avaient franchi la soixantaine.

L'activité ovarique pourrait être envisagée encore à un autre point de vue : suivant que les femmes ont été mariées ou non, qu'elles ont été mères ou infécondes. Dix de nos opérées n'avaient pas été mariées ; parmi les femmes mariées, un très petit nombre étaient restées infécondes. Nous notons simplement ces faits, sans vouloir nous engager dans des recherches approfondies, car, d'un premier examen que nous avons fait, il nous a semblé qu'il n'y avait nul enseignement utile et surtout certain à en déduire. A quoi bon échafauder des théories risquées qui tendent à prouver tout au plus l'ingéniosité de l'esprit qui les met en avant?

Parmi les divers états pathologiques que peuvent présenter les malades atteintes de kystes ovariques, il en est deux sur lesquels nous voulons aujourd'hui dire quelques mots.

C'est d'abord la valeur, sous le point de vue du diagnostic de la nature de la tumeur, de certains épanchements pleurétiques. Lorsque nous observons cette complication, notre at-

tention est toujours fortement mise en éveil parce qu'il est commun de la rencontrer avec les tumeurs kystiques de nature cancéreuse parvenues à un grand volume. Dans les cas de ce genre, nous donnons le conseil de rechercher les autres signes : abondance plus grande de l'ascite, état général déprimé ou épuisé de la malade, marche rapide de la tumeur, peau du ventre sèche et écailleuse, plus souvent, un certain degré d'œdème, parois ventrales un peu pâteuses, recouvertes d'une peau très lisse et marquée d'arborisations vasculaires. Quand on arrive à la certitude, il importe de refuser l'opération dont le résultat serait funeste, presque à coup sûr.

Un autre état dont il importe beaucoup de savoir se rendre compte, c'est le degré d'épuisement auquel sont parvenues certaines malades qui présentent de la fièvre de suppuration, résultant de tumeurs suppurées. Lorsque l'inflammation est récente, il est des malades qui, malgré qu'elles aient conservé une grande apparence de vitalité et de force, s'affaissent et tombent subitement si on vient à les opérer. D'autres au contraire, suppurant depuis longtemps, sont parvenues à un tel état d'épuisement, d'émaciation et d'anéantissement qu'on ne saurait se résigner à entreprendre l'ovariotomie. Dans l'un et l'autre cas, nous admettons qu'une ponction évacuatrice préalable est un bon moyen. Elle a toujours pour effet de diminuer ou de suspendre la fièvre ; presque toujours elle est suivie d'une augmentation d'appétit et d'une amélioration sensible des fonctions digestives qui permettent aux malades de récupérer assez de forces pour résister à l'opération, et qui, de toute façon, fournissent au chirurgien le moyen de se rendre un meilleur compte du véritable état des malades.

Une autre remarque que nous devons faire ici en passant, c'est la rareté de la coexistence des affections tuberculeuses avec la maladie kystique. C'est là une des diathèses avec lesquelles nous n'ayons presque jamais à compter.

Nous avons la satisfaction de constater, car peut-être nos conseils tant de fois répétés ont-ils contribué dans une cer-

taine mesure à faire naître cet état de choses, que depuis quelques années on se montre beaucoup moins prodigue des ponctions évacuatrices que par le passé. Près des deux tiers des malades que nous avons opérées n'avaient jamais été ponctionnées. Ce résultat est heureux, car les ponctions répétées, qui ne peuvent être que palliatives, ont pour effet d'amener les malades à un état d'épuisement et de faire naître des complications, sous forme d'adhérences plus ou moins étendues, qui prédisposent peu à la réussite des opérations.

Mais s'il est des cas où il est nécessaire de se montrer très ménager des ponctions ou de s'en abstenir complètement, comme dans les kystes à contenu sanguin, à l'intérieur desquels se fait très rapidement une nouvelle exsudation hématique qui épuise complètement les forces des malades en quelques semaines, pour peu que l'on renouvelle les ponctions, il en est pourtant quelques autres, comme nous le disions il n'y a qu'un instant en parlant des kystes suppurés, où l'écoulement du liquide contenu ne peut avoir que des avantages.

Enfin, il est certains cas où la ponction seule peut permettre de compléter le diagnostic, notamment avec ces kystes incomplètement remplis, à parois si minces et si unies qu'elles ne sont pas appréciables au palper, variété de tumeurs auxquelles Cruveilhier avait donné le nom de *kystes flasques*. Ces kystes se rencontrent à peu près uniquement dans l'épaisseur du ligament large ; leur contenu est habituellement séreux et incolore, comme de l'eau commune. La ponction, en faisant reconnaître ces caractères, permet de parfaire le diagnostic, qu'ils existent seuls ou avec une certaine proportion d'ascite, et de se décider à une opération qui a les plus grandes chances de succès.

La ponction sera non moins utile pour faire reconnaître l'existence des tumeurs colloïdes, qu'il importe tant de ne pas attaquer par une opération, et dont le diagnostic ne saurait, dans bien des cas, être fait sans cette épreuve préalable. Parfois la matière colloïde sera si consistante qu'il s'en écoulera

à peine une parcelle par la canule du trocart. D'autres fois, si la dégénérescence colloïde est généralisée à tout le péritoine en même temps qu'il existe une tumeur kystique de même espèce, il sera possible d'obtenir de la gelée de deux colorations différentes. Dans un cas de ce genre, nous avons vu la masse colloïde de la généralité du péritoine, qui était dégénéré, être d'un vert bouteille intense, tandis que celle qui était contenue dans une tumeur kystique centrale était non moins dense, mais complètement incolore et transparente.

Nous avons tenu à consigner ici ces quelques réflexions, si incomplètes qu'elles soient, parce qu'il nous est arrivé de voir certains confrères, outrepassant les limites des conseils que nous avons donnés nous-même sur l'inopportunité, en général, des ponctions, s'opposer avec tant d'insistance à une demande de ponction exploratrice que nous faisions en vue de compléter notre diagnostic, qu'il nous a paru utile de résumer en quelques mots les principales indications et contre-indications des ponctions.

Terminons en énonçant en bloc les résultats des 96 observations de kystes ovariques qui se trouvent consignées dans les tableaux qui précèdent : 85 guérisons et 11 insuccès, soit une proportion de 88 guérisons $^0/_0$, résultat qu'il est difficile de dépasser quand, comme nous, on n'hésite pas à opérer les malades placées dans les conditions les moins favorables pour le succès.

Quant aux causes de mort, elles ont été, par ordre de fréquence :

1° La *péritonite aiguë* dans six cas (obs. 320, 321, 345, 346, 348, 382);

2° L'*étranglement interne* dans deux cas, et toujours l'accident s'est produit à une époque déjà éloignée de l'opération. Dans un cas, la mort est survenue le septième jour après l'opération (obs. 310) et dans l'autre le neuvième (obs. 301);

3° La *septicémie* dans un cas à la suite de la rétrocession du moignon du pédicule fixé au dehors, succédant à sa rupture sous un effort de toux survenu le sixième jour (obs. 305);

4° La *phlébite des veines du bassin et le phlegmon du tissu cellulaire des ligaments larges* chez la malade de l'observation 352;

5° Une mort par *épuisement* ou *choc* (obs. 390).

Les résultats des douze autres opérations dont il nous reste à parler ont été les suivants :

Les deux ovariotomies doubles ont guéri l'une et l'autre et la santé est redevenue parfaite, bien que chez l'une des malades (obs. 326), opérée depuis un temps déjà relativement long (février 1879), l'aspect papilliforme des deux tumeurs nous ait fait éprouver, au moment de l'extirpation, de grandes appréhensions au sujet de leur nature. La santé de la seconde malade (396) s'est consolidée au delà de tout ce qu'on pouvait espérer. Les deux tumeurs qu'elle portait étaient d'âge très ancien, puisqu'elles avaient pu être diagnostiquées vingt-cinq ans avant par Nélaton. Elles avaient subi de nombreuses poussées inflammatoires, et une partie des membranes d'enveloppe de l'un des kystes présentait la dégénérescence crétacée. Un autre fait à observer, c'est l'adhérence des deux kystes par leurs surfaces contiguës et l'impossibilité qui en résultait, pour le diagnostic, d'obtenir le glissement des deux tumeurs l'une sur l'autre et le frottement caractéristique.

Dans les deux cas, on note que toute trace d'ovaire a disparu. Également, on note la dissemblance très accusée de volume des kystes, et celle, non moins accusée, des liquides contenus. Le kyste supérieur et antérieur représente toujours la tumeur principale, l'inférieur et profond s'est trouvé maîtrisé dans son développement par la compression qu'il avait à subir. Le pédicule du premier est volumineux, robuste, très vascularisé, très turgescent; celui du second est grêle, plutôt fibreux. Ce sont là des conséquences d'influences physiques qu'il est facile de s'expliquer.

La malade (obs. 388) qui portait la singulière tumeur kystique développée aux dépens du péritoine qui recouvrait le fond de l'utérus et une péritonite enkystée concomitante, a guéri. La reformation d'une collection abondante d'ascite, qui s'est produite pendant le traitement, était à prévoir, et son

issue violente, qui s'est produite spontanément le dixième jour, est un événement heureux qui montre bien le ressort de l'organisme dans certains cas (1). L'application à demeure d'un tube de verre, par une précaution qui se trouvait ici tout indiquée, aurait-elle eu un résultat aussi favorable?

L'extirpation de la tumeur utéro-rectale (obs. 350) qui, outre le fond du bassin, intéressait encore largement le méso-rectum, ne fut pas suivie de succès. La réunion des lambeaux séreux intacts avait été faite pourtant avec le plus grand soin. Mais, comme nous aurons l'occasion de l'établir bientôt, de tous les organes du ventre, les traumatismes qui portent sur le mésentère paraissent être les plus redoutables.

C'est sans doute à des motifs analogues que nous avons dû de voir succomber la malade de l'observation 398, qui portait un kyste hydatique développé dans l'épaisseur du méso-côlon transverse.

Un dernier mot à propos des kystes de l'ovaire.

Nous avons maintes fois entendu des confrères nous demander pourquoi, en enlevant un kyste du côté droit, par exemple, et conséquemment l'ovaire du même côté, nous ne pratiquions pas l'ablation de l'autre ovaire : ils craignaient de voir la maladie se reproduire à gauche, quand bien même l'ovaire aurait été absolument sain lors de l'opération pratiquée sur l'autre côté. A ce propos, nous pouvons baser notre réponse sur deux points principaux : le point de vue pathologique et le point de vue social. Le premier, auquel l'expérience seule et une longue pratique étaient capables de donner une sanction, nous a démontré que l'apparition de la maladie kystique sur l'ovaire non enlevé était extrêmement rare, et l'on peut voir, par les observations, que les malades que nous avons opérées deux fois forment un groupe extrêmement restreint.

Quant au point de vue social, c'est le seul qui nous ait

(1) La correction typographique de la page 953, où se trouve relatée cette observation, laisse à désirer. Le lecteur saura rectifier quelques incorrections très grossières. Colonne principale, ligne 6 : « épiploon *dégrossi* » pour « dégénéré ; » — même colonne, ligne 17 : « tumeur *hépatique* » pour « kystique ».

guidé dans les premiers temps, alors que l'expérience acquise n'était pas assez grande pour nous renseigner sur la réapparition plus ou moins probable de l'affection dans l'organe correspondant. A ce sujet, également, nous avons tout lieu de nous féliciter de notre pratique, puisque nombre de nos opérées ont eu par la suite des enfants, et même quelques-unes des garçons et des filles, bien qu'il ne leur restât qu'un ovaire, ce qui tendrait à détruire les hypothèses de certaine école, peu nombreuse, il est vrai, qui admet que l'un ou l'autre ovaire a pour fonctions de produire uniquement des œufs mâles ou femelles.

TUMEURS KYSTIQUES DES LIGAMENTS LARGES.

Après les tumeurs du mésentère, les kystes du ligament large constituent certainement les tumeurs dont l'extirpation nécessite le manuel opératoire le plus difficile et le plus laborieux, et qui entraîne le pronostic le plus sévère.

Mais, à ces deux derniers points de vue, il convient beaucoup de faire des distinctions d'après la manière dont s'effectue l'implantation de la tumeur et les rapports qu'elle prend avec les organes voisins.

D'une façon générale, on peut distinguer trois modes principaux d'implantation.

1° La tumeur tire son origine du ligament large, cela n'est pas douteux puisque l'ovaire pend à côté, indemne, soutenu par son ligament propre et flottant dans son aileron séreux. Mais la tumeur est complètement superficielle au ligament large sur lequel elle s'insère par un rétrécissement de sa tunique d'enveloppe qu'il est possible d'étreindre et de former en une sorte de pédicule. La paroi de ces sortes de tumeurs est communément fibreuse, lisse, unie, d'épaisseur partout égale. Le liquide contenu est presque invariablement séreux et incolore comme de l'eau. Sous le point de vue du manuel opératoire, ces kystes ne présentent pas plus de difficultés que les kystes de l'ovaire. Sous le point de vue du

pronostic à porter sur l'opération, ils n'offrent pas plus de gravité.

2° Le kyste émerge de l'épaisseur du ligament large, mais par sa partie la plus inférieure plonge plus ou moins profondément dans l'épaisseur des deux feuillets dédoublés du ligament large. Si cette procidence est faible, après avoir vidé le kyste et fendu son enveloppe propre, il est possible d'aller saisir avec une pince la portion de membrane kystique engagée, de l'attirer à soi, d'en obtenir le glissement sur le tissu lamineux qui est en contact avec elle, et de la rebrousser suffisamment pour qu'on puisse aller placer la ligature définitive sur les feuillets séreux ramenés au contact immédiat et qui, serrés dans le fil, formeront un pédicule artificiel, friable, il est vrai, mais encore assez résistant pour supporter la constriction sans se rompre. Cette variété de tumeurs inspire déjà beaucoup moins de confiance, au point de vue du pronostic, que celles du groupe qui précède.

3° Mais que la portion profonde du kyste vienne à s'engager beaucoup plus profondément dans l'épaisseur du ligament, au point qu'il n'y ait pas à compter obtenir le rebroussement et le dégagement du fond du sac par une simple traction, ou encore que le fond de la tumeur présente la structure aréolaire, ce qui est assez fréquent, il faut de toute nécessité renoncer à la manière de faire que nous venons d'exposer.

Dans ces conditions nouvelles, les manœuvres nécessitées pour obtenir l'extirpation de la tumeur sont infiniment plus compliquées, et surtout elles impriment au pronostic à porter sur l'opération un caractère beaucoup plus grave.

Voici comment nous agissons, suivant les différentes conditions qui se présentent à nous.

a. Si la poche kystique ne plonge pas encore trop profondément dans l'épaisseur du ligament large, bien qu'elle y soit déjà trop engagée pour pouvoir être rebroussée, puis extraite, nous traçons sur la face interne du kyste, largement ouvert, une incision, nous disséquons toute la face sécrétante de cette portion de tumeur en laissant en place les feuillets les plus externes qui se trouvent être en rapport avec le tissu lamineux

et les feuillets séreux des ligaments larges. Cette dissection achevée, nous appliquons l'un sur l'autre les deux feuillets conservés, puis nous les traversons de fils à ligature et nous formons une sorte de pédicule artificiel. Ce moignon ou pédicule ainsi formé a presque toujours l'inconvénient d'être un peu gros et très court ; par suite, sa formation au fond du bassin n'est pas sans présenter des difficultés assez grandes qui se trouvent encore singulièrement accrues par ce fait que les ligatures, portant sur des feuillets péritonéaux et des couches de tissu lamineux sans consistance et friables, ont une grande tendance à couper, si on exerce une constriction un peu forte, ou à laisser saigner, si on serre moins. Le premier accident, la section par la ligature, est surtout fâcheux. Heureusement, nous ne l'avons jamais vu se produire que sur une petite surface, et, dans ce cas, il suffit de porter une seconde ligature, parfois même partielle, un peu plus bas. Quant au suintement sanguin, inutile de dire ce qu'il reste à faire, s'il vient à se produire.

b. Lorsque la surface d'implantation s'engage beaucoup plus profondément encore dans l'épaisseur du ligament large ; ou quand elle est si étendue qu'il n'y a plus à espérer pouvoir former orifice de bourse fermée avec les lambeaux du ligament large et les feuillets contigus du kyste conservés, ou encore et surtout quand le fond de la tumeur présente la disposition aréolaire, la manière de faire qui vient d'être décrite cesse d'être exécutable.

Alors, nous nous résignons à effectuer l'énucléation du fond de la tumeur en divisant le ligament large lui-même. Pour cela, nous traçons à sa surface, aussi haut que possible, une légère incision et nous nous mettons à disséquer circulairement le feuillet séreux en procédant graduellement du bord de l'incision vers le fond du ligament large, et en apportant toute notre attention à n'intéresser, par la dissection, que la paroi kystique et à ménager absolument l'intégrité du feuillet séreux. Bien qu'elle exige une grande minutie, cette dissection a toujours pu être menée à bien (obs. 380, 401), la surface disséquée avait l'étendue du fond d'un chapeau, 407 im-

plantation de 12 cent. (insuccès), 419, 421 (aréolaire).

c. Mais il est des cas où l'implantation de la tumeur est si profonde qu'elle s'étend tout à fait jusqu'au fond du bassin. Alors la dissection peut défier même la main la plus habile et, en admettant qu'elle puisse être exécutée, il y a chance de mettre à nu des vaisseaux de telle importance, et d'intéresser une si grande étendue de tissu cellulaire, qu'il faut redouter des phlébites et surtout un phlegmon. Une intervention aussi hardie peut être couronnée de succès, et nous avons été nous-même assez heureux pour pouvoir en publier un très bel exemple dans notre première statistique. C'est dans de telles conditions que le drainage par le vagin trouve une indication qui s'impose.

Mais, le plus souvent, en présence d'un cas aussi compliqué, il serait plus expéditif et surtout bien moins périlleux pour les malades de s'en tenir à l'ablation partielle et de recourir pour l'oblitération de la portion de poche conservée à notre procédé de traitement par suppuration (obs. 302 et 303).

Il en sera encore de même lorsque, disposition fréquente avec ces tumeurs profondes du ligament large, le fond du kyste aura non seulement dédoublé le ligament large, mais gagné le méso-rectum ou le méso-côlon et pénétré plus ou moins profondément dans son épaisseur. Outre que l'énucléation complète nécessite le traumatisme d'une grande étendue de péritoine, qu'elle est très longue et très difficile, elle porte sur un tissu cellulaire sans aucune consistance et qui est rempli de vaisseaux qui, malgré leur gros calibre, ne peuvent y être reconnus; de toutes ces conditions résulte une grande disposition à l'inflammation et à la purulence, et si soigneusement qu'ait été faite la réunion des lambeaux séreux divisés, le péritoine du voisinage ne tarde pas à être pris lui-même d'inflammation qui fait succomber la malade.

Si nous jetons un coup d'œil sur la nature des liquides contenus dans ces kystes du ligament large, nous trouvons :

Que trois contenaient un liquide d'aspect séreux et non filant, analogue à l'eau commune dans deux cas (obs. 300 et 349), brun dans un cas (obs. 401).

Quatre contenaient un liquide plus ou moins filant et chocolat ; ce sont ces tumeurs qui ont donné les pires résultats à l'opération (obs. 302, 303, traités l'un et l'autre par suppuration) 407 et (421, à la fois hématique et purulent).

Quatre présentaient des liquides très visqueux ; un seul de ceux-ci ne donna pas traces de pus (obs. 367) ; les trois autres étaient contenus dans des loges suppurées (obs. 380, 404, 419).

Trois étaient surtout à signaler par la prédominance des masses aréolaires (obs. 368, 380, 419).

Un seul kyste multiloculaire fut trouvé dépourvu d'aréoles (407) ; son contenu était dérivé du sang.

Enfin, toutes ces tumeurs étaient globuleuses et plus ou moins hémisphériques, à part la tumeur de l'obs. 373 qui offrait la disposition en grappe.

Sous le point de vue des adhérences et des rapports avec les organes voisins :

Une seule tumeur fut trouvée complètement dépourvue d'adhérences (obs. 404).

Quatre n'offraient que des adhérences limitées et sans grande importance soit avec le péritoine pariétal, soit avec le grand épiploon (obs. 367, 368, 373). Une présentait de ces adhérences épiploïques de nouvelle formation, molles et glutineuses dont nous avons parlé plus haut (obs. 349).

Une présentait une expansion dans l'épaisseur du mésentère (obs. 368).

Trois avaient pris des adhérences pariétales généralisées (obs. 407 et 419). Chez la malade n° 380, en même temps que des adhérences généralisées avec le péritoine pariétal, il existait une grave adhérence épiploïque et une adhérence à l'utérus.

Dans l'observation 370, il y avait également une adhérence avec le corps de l'utérus fortement hypertrophié.

Enfin, chez la quatorzième et dernière malade dont il nous

reste à parler (obs. 356), il s'agissait d'un cancer kystique de forme papillaire qui intéressait à la fois les deux ovaires, les trompes, le ligament large gauche et la corne gauche de l'utérus.

En laissant cette dernière observation de côté, puisque si le siège principal et le point de départ de la tumeur étaient bien dans le ligament large, il s'agissait, en somme, d'un cancer, nous trouvons comme résultats donnés par les treize opérations restantes : huit succès et cinq insuccès, résultat qui est certainement très éloigné de celui que nous avons noté pour l'ablation des kystes de l'ovaire, mais qui ne se trouve que trop expliqué par les complications avec lesquelles nous mit aux prises l'extirpation des tumeurs dont nous parlons.

Il faut noter encore que parmi les guérisons obtenues se trouvait une malade (obs. 373) à laquelle nous avions fait, au cours de l'opération, l'énucléation de corps fibreux utérins, et deux autres malades qui portaient des kystes ouverts avant l'opération et qui avaient déversé une partie de leur contenu dans le ventre. L'une (obs. 421) portait un kyste enflammé sur un point duquel s'était faite une ulcération qui avait intéressé toute l'épaisseur de la paroi kystique en y creusant un orifice arrondi aussi régulier et à bords aussi nets que s'il eût été pratiqué à l'emporte-pièce. L'autre (obs. 367), en même temps qu'elle offrait un mélange d'ascite et de contenu kystique, portait en arrière du grand épiploon, un des plus beaux exemples de péritonite enkystée qu'il nous ait été donné d'observer.

Nous allons placer ici l'exposé des résultats que nous avons obtenus d'une pratique récemment introduite dans la thérapeutique courante et dont nous avons tenté les bons effets pour le traitement consécutif des malades gastrotomisées. Nous voulons parler du *lavage de l'estomac* que nous avons toujours pratiqué à l'aide du simple appareil du Dr Faucher. Le liquide employé était toujours l'eau minérale de Vichy.

Disons tout d'abord que cette petite opération, si elle est

simple à faire et n'exige qu'un peu de bonne volonté de la part du patient pour être facilement exécutée, est le plus souvent appréhendée avec angoisse par le plus grand nombre des malades, même lorsqu'ils l'ont subie plusieurs fois. Nous en avons obtenu de bons résultats dans les cas particuliers où nous l'avons employée.

L'idée nous est venue d'y recourir lorsque trois ou quatre jours après l'opération nous voyions la langue rester sale, saburrale, pâteuse, l'haleine mauvaise et que nous constations des vomissements, plus ou moins âcres et acides, que nous avions imputés d'abord à l'inhalation des vapeurs chloroformiques, comme cela ne se voit que trop souvent, persister au delà du temps habituel. Nous l'avons employée aussi dans le simple état nauséeux ou quand il existait, après l'opération, une inappétence marquée ; nous l'avons mise encore en usage alors que nous avions à peu près la certitude qu'il existait un certain degré d'inflammation, encore limitée, du grand épiploon, primitivement adhérent, et qui avait plus ou moins souffert pendant le décollement des adhérences. Nous l'avons utilisée enfin dans des cas où il existait indubitablement un certain degré d'obstruction intestinale ou tout au moins une gêne certaine au cours régulier des matières alimentaires qui se traduisait par des vomissements d'aliments déjà chymifiés et par la rareté ou l'absence des selles.

Dans chacun de ces cas, nous n'avons jamais recouru qu'à l'injection d'une quantité modérée d'eau de Vichy (un et deux litres), et une seule fois nous avons fait passer trois litres d'eau minérale en une seule séance. On voit que nous sommes très loin des quantités considérables, 20 et 25 litres, qui ont été employées par certains auteurs (Audhoui) et que nous n'aurions pas osé mettre en usage sur des malades ayant récemment subi une opération aussi grave sous peine de leur causer une soustraction de chaleur et un refroidissement dont il ne nous paraît pas certain qu'elles eussent pu se relever. Nous ajouterons que nous avons fait répéter les séances de lavage de deux à quatre fois par jour, suivant les indications.

Or, si par le moyen du lavage nous avons obtenu sur l'appareil digestif les résultats qui ont été observés par tous (diminution de l'état nauséeux ou des vomissements, parfois leur cessation complète, excitation de l'appétit, amélioration de la digestion, suractivité de celle-ci; chez les malades qui présentaient des symptômes d'obstruction : disparition momentanée des vomissements, intoxication retardée et permettant à l'intestin comprimé ou accidentellement oblitéré de retrouver graduellement sa perméabilité), nous avons toujours et dans tous les cas observé sur l'état général du sujet une influence de la plus haute importance et qu'il nous surprend de n'avoir vue signalée nulle part.

Après chaque lavage de l'estomac pratiqué sur des malades en proie à la fièvre, au moment où elles étaient soumises à cette pratique, nous avons constamment vu la température tomber de 1° à 1°,5 et le pouls diminuer de 15 à 20 pulsations. A part une légère fatigue, les malades éprouvaient un bien-être véritable après chaque séance; les nausées et les vomissements cessaient assez pour qu'elles pussent prendre quelques aliments, de digestion et d'absorption faciles, dont les traces, le plus souvent, ne pouvaient même plus être retrouvées au lavage suivant. Cet état d'abaissement du pouls et de la température se prolongeait pendant plusieurs heures, et ce n'est qu'après cinq ou six heures de plus que les malades remontaient à leur précédente température fébrile et à la précédente fréquence du pouls. C'est pour rendre permanente, autant que possible, cette amélioration passagère, que nous recommandons les lavages répétés, au bout d'un certain nombre d'heures qui doivent varier avec l'intensité même des phénomènes présentés par les malades.

Nous nous bornerons aujourd'hui à la publication de cette note succincte sur les effets de cette pratique thérapeutique que nous employons depuis dix-huit mois. On trouvera dans l'observation 401 une démonstration des résultats heureux qu'elle peut donner. C'est, en effet, le cas le plus compliqué dans lequel nous ayons eu l'occasion d'y recourir jusqu'ici avec succès. Dès le troisième jour après l'extirpation d'un kyste

aréolaire du ligament large qui avait une surface d'implantation égale au fond d'un chapeau et qui avait nécessité de grands délabrements du péritoine, la malade avait présenté des symptômes d'obstruction intestinale. Le lavage fut répété deux fois par jour pendant sept jours. Après chaque séance, les vomissements disparaissaient pendant quelques heures, un mieux-être considérable se faisait sentir, la température et le pouls baissaient dans la proportion que nous avons dite, et la malade pouvait prendre et absorber quelques aliments choisis. Malgré cela, il y eut, le dixième jour, des vomissements fécaloïdes et nous eûmes véritablement à nous applaudir de notre persistance, en voyant le onzième jour reparaître des selles très fétides, qui ne manquèrent plus par la suite.

TUMEURS LIQUIDES DU MÉSENTÈRE.

Nous avons exposé dans notre 1er volume du *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, les signes qui nous paraissent les plus propres à faire le diagnostic du siège des tumeurs de ce groupe avec celles qui se développent dans les organes voisins, l'ovaire, le ligament large ou l'utérus. Mais nous sommes forcé de convenir que si ces signes présentent une véritable valeur lorsqu'on assiste à la première période des tumeurs, ils ne peuvent plus offrir la même certitude lorsqu'on est appelé au moment où ces tumeurs ont perdu leur mobilité et sont tellement volumineuses qu'elles comblent la cavité pelvi-abdominale.

Ce fait est d'autant plus regrettable que de toutes les tumeurs qui sont susceptibles d'être abordées par la gastrotomie, ce sont celles qui tirent leur origine du mésentère qu'il importerait le plus de pouvoir reconnaître toujours à l'avance. En effet, leur extirpation met le chirurgien aux prises avec de telles difficultés, en raison du siège profond qu'elles occupent, de l'importance des rapports qu'elles contractent, de la délicatesse et de la vascularité des organes au milieu desquels il faut aller à la recherche pendant le


MANCHESTER MEDICAL

temps que nécessite l'opération pour être achevée, des dangers auxquels on soumet nécessairement les malades, qu'il n'est pas douteux que l'opérateur eût préféré s'abstenir, bien qu'il lui soit toujours cruel de ne rien tenter pour arracher les malades à une mort certaine. Nous l'avouons sans détour : les quelques succès que nous avons obtenus dans l'ablation de certaines tumeurs mésentériques, bien qu'encourageants, ne nous paraîtraient pas une compensation suffisante si nous avions eu quelque espoir de voir la vie se prolonger quelques mois par des moyens autres que l'intervention chirurgicale.

La présente statistique apporte cinq nouvelles observations de tumeurs liquides du mésentère à joindre à celles qui ont été précédemment publiées.

Les malades qui les portaient étaient toutes adultes : trois atteignaient cette période de la vie où l'énergie organique commence à diminuer et qu'on appelle communément l'âge de retour (obs. 424, 43 ans, 425, 54 ans, 426, 55 ans), une frisait la quarantaine (obs. 422), une seule était dans l'âge de la force (obs. 423, 30 ans).

Toutes portaient des tumeurs assez anciennes et surtout assez volumineuses, à l'époque où elles vinrent se soumettre à notre examen, pour que le diagnostic du siège devînt fort malaisé à faire. Deux disaient n'avoir reconnu l'existence de leur tumeur que depuis dix-huit mois, ce qui mettait certainement en droit de lui assigner un début beaucoup plus ancien qui avait échappé à l'attention des malades (obs. 423 et 425), d'autant mieux que la malade de l'obs. 423 avait déjà subi quatre ponctions; une autre accusait un début de trois ans (obs. 422), la 4e ne pouvait formuler de date précise (424) et la 5e connaissait l'existence de sa tumeur depuis cinq ans et avait subi neuf ponctions.

Un signe qui nous paraît pourtant mériter l'attention au plus haut point pour parvenir au diagnostic différentiel du siège de la tumeur est une élongation excessive et tout à fait anormale de la ligne xypho-ombilicale. Tandis que les gros kystes de l'ovaire et les volumineuses tumeurs de l'utérus ou des ligaments larges ont principalement pour résultat de

déterminer une distension de la région sous-ombilicale de la paroi abdominale et surtout un allongement considérable de la portion de paroi comprise entre le nombril et le pubis, l'allongement et la distension paraissent porter beaucoup plus spécialement sur la région sus-ombilicale des parois avec les tumeurs mésentériques. Cette disposition s'explique assez facilement par le siège même occupé par la tumeur et par la manière dont s'est faite son évolution, sans que nous y insistions davantage. Une autre conséquence de cette élongation de la moitié supérieure de la paroi abdominale est que, avec les tumeurs mésentériques, la forme générale du ventre devient davantage piriforme et que son extrémité inférieure, en pointe, tend à tomber au-devant des cuisses en formant un relief légèrement conique que l'on ne constate jamais au même degré chez les femmes, même très chargées d'embonpoint, qui portent des tumeurs liquides ovariques ou utérines.

Un autre signe dont il faut également tenir grand compte, si l'on vient à pratiquer une ponction évacuatrice dans un kyste mésentérique très dur et très rempli, est l'impétuosité avec laquelle s'élance le liquide dès qu'on vient à retirer le mandrin du trocart. La force avec laquelle le liquide est projeté est parfois telle qu'elle surprend l'opérateur et que, contre son attente, le jet va frapper des objets distants de plusieurs mètres. Ce phénomène ne se produit jamais avec la même violence, même pour les kystes ovariques les plus remplis. Ce phénomène était du moins très accusé dans quelques-unes de nos opérations, et notamment dans les observations 425 et 426, les parois kystiques présentaient une telle contractilité que, une fois vidées de leur contenu, qui dans la 426e opération était de plus de dix-huit litres, leur surface se réduisait à peu près à l'étendue des deux mains.

L'ascite n'est pas commune avec ces sortes de tumeurs. Une seule fois elle existait et en très petite quantité (obs. 426). De même la circulation complémentaire qui s'établit par les veines sous-cutanées nous a toujours paru être moindre qu'on ne l'eût trouvée avec des tumeurs ovariques de même volume.

Des cinq kystes mésentériques que nous avons opérés, deux présentaient la disposition *uniloculaire* (423 et 425). Un était *multiloculaire*, mais son fond fut trouvé complètement végétant et si fongueux que nous dûmes renoncer à en poursuivre l'énucléation, faute de pouvoir bien reconnaître ses membranes propres à la profondeur où elles s'engageaient jusqu'au fond du bassin (obs. 422); deux étaient en majeure partie aréolaires (424), et encore l'un d'eux était sarcomateux (426).

Toutes les parties du mésentère peuvent être le siège de ces tumeurs. Deux étaient nées dans la portion du mésentère qui soutient l'intestin grêle (obs. 422 et 425); une, née dans le méso-rectum, se propageait dans le méso-côlon descendant (obs. 424); une autre partait du méso-rectum et s'étalait sur tout le fond du bassin en refoulant en haut l'utérus et les ligaments larges dédoublés (426); la cinquième développée également dans le méso-rectum, plongeait jusqu'au fond du bassin (423).

Est-il nécessaire d'ajouter que de toutes ces implantations, celles qui intéressent les plus grandes surfaces et le plus grand nombre d'organes voisins sont les plus périlleuses à attaquer, et que celles qui obligent à plonger le plus profondément dans le bassin sont les plus difficiles à enlever?

Dans tous ces cas, il serait impossible de conduire l'opération à bonne fin sans le secours de la forcipressure; encore celle-ci ne rend-elle pas tous les services que l'on est accoutumé à en recevoir dans les autres régions, attendu que le tissu cellulaire lâche qui double le mésentère est dépourvu de consistance et riche en vaisseaux de tout calibre.

Trois de ces tumeurs n'avaient pas pris d'adhérences avec le feuillet pariétal du péritoine (obs. 422, 423, 425). Dans les deux autres, au contraire, les adhérences étaient générales, solides et très résistantes (obs. 424 et 426).

La tumeur de l'observation 423, qui n'adhérait pas à la paroi abdominale, avait, par contre, contracté des rapports d'une étendue exceptionnelle avec le grand épiploon qui était soudé à sa face antéro-supérieure. Ces adhérences, bien que

moins étendues dans les observations 424 et 426, ont constitué une grave complication de l'opération.

Dans l'observation 422, le feuillet mésentérique du péritoine avait été soulevé si loin qu'une anse d'intestin grêle était accolée à la tumeur et qu'on ne put la libérer qu'en la dépouillant d'une partie de sa tunique séreuse. La musculaire était à nu sur une portion du calibre et il fallut placer plusieurs ligatures perdues sur les vaisseaux saignants.

L'énucléation complète put être obtenue dans deux cas, mais elle nécessita une section étendue des feuillets mésentériques. Dans l'observation 423 les délabrements causés par l'énucléation portèrent principalement sur la portion qui garnissait le fond du bassin, tandis qu'il suffit de trois ligatures en anses pour réappliquer l'un sur l'autre les deux lambeaux du mésentère ouvert. Dans l'observation 425, l'énucléation se fit tout entière aux dépens du mésentère, et il ne fallut pas moins de sept ligatures perdues pour maintenir en contact les lambeaux séreux. Dans les deux cas, il n'existait rien qui rappelât un pédicule.

Dans deux autres opérations l'énucléation ne put être complètement terminée. Dans l'observation 422, il s'agissait d'un kyste multiloculaire dont les deux loges les plus profondes étaient complètement intra-mésentériques. L'une de ces loges, qui présentait une paroi fortement végétante, put heureusement être entièrement enlevée ; la seconde loge, de forme cylindrique, était comprise dans l'épaisseur du ligament large et s'y insinuait si profondément que, suivant le cours du rectum, elle plongeait jusqu'au fond du bassin. L'étendue de l'incision et des décollements qu'eût demandés son extirpation nous décida à la laisser en place ; nous la traversâmes suivant sa longueur, à l'aide d'un drain dont l'extrémité inférieure fut ramenée entre les lèvres de la vulve, après qu'on lui eut fait franchir le cul-de-sac utéro-rectal ; l'autre bout du drain traversait verticalement la partie la plus profonde de la poche formée par l'enveloppe générale du kyste ; le pourtour d'une faible portion de cette enveloppe kystique conservée fut suturé aux lèvres de la plaie du ventre, vers son

angle inférieur. Le reste de cette plaie fut suturé, suivant la disposition qui nous est habituelle quand nous employons notre procédé de traitement par suppuration.

Dans l'autre cas où l'énucléation fut également incomplète, la tumeur était en grande partie aréolaire et formée de grosses vésicules. Elle émergeait du méso-rectum, mais elle s'engageait si profondément dans son épaisseur par un de ses prolongements, que la prudence commandait de ne pas en tenter la dissection. Dans ce cas encore, nous eûmes recours au traitement par suppuration (obs. 424).

Quant à la tumeur de la malade qui fait le sujet de l'observation 426, c'était un sarcome kystique ayant pris le volume le plus considérable et les rapports les plus étendus.

Comme on le voit, nous avons fait, ainsi que les années précédentes, de grands efforts pour tâcher de soustraire ces malades à une mort prompte et certaine ; mais ils n'ont pas été couronnés de succès, car trois de ces malades ont été enlevées par des péritonites suraiguës (obs. 422, 423, 424) et la quatrième a succombé à la septicémie (obs. 425).

HYSTÉRECTOMIES

TUMEURS SOLIDES.

Les hystérectomies que nous avons entreprises pour l'extirpation de tumeurs solides de l'utérus sont au nombre de 16. Elles se décomposent ainsi d'après la nature des tumeurs rencontrées :

Fibromes 12 ; fibro-sarcomes 2 (obs. 437 et 438) ; sarcomes 2 (obs. 433 et 439.)

Presque toutes ces tumeurs étaient du plus gros volume, excepté deux qui accompagnaient des tumeurs de l'ovaire ou du ligament large ; elles déterminaient des métrorrhagies telles que la vie s'en trouvait compromise à bref délai, ou des douleurs si intolérables (obs. 438), que les malades réclamaient l'opération à tout prix.

Toutes les opérées étaient dans l'âge adulte ; aucune n'avait moins de trente ans, une seule avait franchi la cinquantaine (obs. 430). Chez toutes l'activité des ovaires était encore conservée. La moitié de ces malades (7) étaient entre trente et quarante ans; une, qui portait un sarcome, avait quarante-deux ans; 7 étaient entre 45 et 50.

Toutes ces observations confirment cette règle que les fibromes interstitiels de l'utérus exposent à des métrorrhagies redoutables. Celles de nos malades qui n'avaient pas de métrorrhagies vraies, se traduisant par des *ictus* subits et violents, présentaient, chaque mois, des règles si profuses et si prolongées, qu'elles avaient suffi pour les épuiser.

Nous n'avons dans ce relevé qu'un seul exemple de fibrome sous-péritonéal (obs. 428) : il était implanté sur la corne gauche de l'utérus. Contrairement aux autres, il n'avait pas déterminé de troubles menstruels ni de métrorrhagies. Ce n'est pas là une exception, et notre expérience personnelle nous a démontré que ce signe suffit, dans bien des cas, à différencier les fibromes sous-péritonéaux des fibromes interstitiels et sous-muqueux.

Si nous passons à l'examen du point précis de l'utérus qui était devenu le siège premier des fibromes interstitiels, nous trouvons que c'est la paroi postérieure de l'organe qui s'est montrée le plus fréquemment intéressée : 8 fois. Dans les observations 427, 429, 434, elle était seule en cause. Le fibrome de l'obs. 434 contenait dans son épaisseur un kyste qui renfermait un litre de liquide hématique. Dans les observations 430 et 436, le fibrome, né dans la paroi postérieure de l'utérus, s'était propagé dans la moitié droite de l'organe. Enfin, dans l'observation 438 (il s'agissait d'un fibro-sarcome), il était impossible de dire si le néoplasme était primitivement né dans le fond ou dans la paroi postérieure de l'organe. Mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'était la forme irrégulière et la tendance à l'envahissement de la tumeur qui s'était propagée dans l'épaisseur du ligament large gauche, dans la fosse iliaque du même côté et en arrière dans le méso-rectum.

Après la paroi postérieure, c'est la moitié droite de l'utérus qui a été le plus souvent atteinte : deux fois conjointement avec la paroi postérieure (obs. 430, 436), une fois seule (obs. 432), une fois en même temps que le fond de l'organe (440).

Dans aucun cas, la moitié gauche de l'utérus n'a été lésée. Quelle est la cause de cette différence ? Elle nous échappe complètement, bien qu'elle doive avoir son point de départ dans une disposition anatomique.

Dans un seul cas, la moitié antérieure s'est montrée seule en cause.

D'après les changements de rapports que le développement de la tumeur fait subir à l'utérus, on peut, avant l'opération, faire à peu près le diagnostic du siège en recourant au cathétérisme de la vessie. La tumeur est-elle dans la paroi postérieure, elle met l'utérus en antéversion à partir du moment où elle commence à porter sur le sacrum, le fond de la vessie contiguë se trouve donc reporté en bas et en arrière. Lorsque la tumeur est dans la paroi antérieure, les mêmes phénomènes se reproduisant, l'utérus évolue en sens diamétralement inverse et le fond vésical se trouve entraîné en avant et en haut. La connaissance de ces rapports modifiés fournit une donnée que le chirurgien ne doit jamais négliger d'acquérir avant l'opération, sous peine, dans le cas de tumeur fixée dans la paroi antérieure, d'ouvrir la cavité de la vessie en divisant, avec le bistouri, les couches profondes de la paroi abdominale.

Une seule fois la tumeur n'intéressait que le fond de l'utérus (obs. 435), et elle se présentait avec les caractères d'un fibrome infiltré et à géodes.

Dans un autre cas, le fibrome intéressait tout le corps utérin (431) ; enfin, un sarcome (obs. 433) avait envahi tout le fond et tout le corps de la matrice.

Presque toutes ces tumeurs paraissaient uniques ou, du moins, si elles avaient été multiples à l'origine, elles s'étaient tellement tassées sur elles-mêmes et confondues en se développant, qu'on ne pouvait plus reconnaître leurs limites particulières. Pourtant, dans un cas (obs. 437), il nous fut très facile de reconnaître trois corps fibreux interstitiels distincts, en-

chatonnés au milieu des fibres musculaires. Chacun d'eux avait subi une évolution distincte et parallèle.

Un corps fibreux unique, du poids de 9 kilogr., présentait à sa surface la plus singulière disposition. Il offrait des prolongements discoïdes, dont un pouvait peser 1500 grammes et le second 1 kilogr, appendus à sa surface, flottants et libres, excepté en un point rétréci qui formait une sorte de pédicule. Un de ces appendices développé sur la face antérieure de la tumeur, au niveau de l'ombilic, était tellement vasculaire qu'il était devenu mou et quasi-fluctuant. L'effort qu'il faisait sur l'anneau ombilical avait été suffisant pour forcer celui-ci, et le corps fibreux s'engageait à travers l'orifice, pour venir former sous la peau une hernie ayant l'apparence du chapeau d'un gros champignon.

Une remarque importante à faire est que, tandis que les fibromes vrais ont, en général, une forme globuleuse, hémisphérique, régulière, les fibro-sarcomes et les sarcomes ont plus souvent une apparence grossièrement bosselée et tendent à envoyer dans différents sens de gros prolongements (438, 437, 433) qui compliquent l'opération.

L'ascite n'accompagne que très exceptionnellement les corps fibreux et, quand elle existe, c'est toujours en quantité insignifiante. Le contraire a lieu avec les tumeurs sarcomateuses (obs. 439), et nous avons démontré le premier que c'est là un signe différentiel de la plus haute valeur.

Les corps fibreux ont plus de tendance à rester libres dans le ventre qu'à prendre des adhérences avec les organes voisins. Quand ce dernier fait se produit, ce sont encore les replis épiploïques qui sont d'abord intéressés. C'est ce que nous avons vu dans cinq cas : avec le fibrome sous-péritonéal (obs. 428); avec le fibrome interstitiel (430) qui présentait des adhérences épiploïques généralisées en avant; dans l'observation 431 où l'adhérence était peu étendue et dans l'observation 435 où elle se bornait à deux franges épiploïques. Mais, dans ce dernier cas, les franges intéressées contenaient des vaisseaux sanguins énormes et un réseau lymphatique d'une richesse et d'un éclat inouïs.

Les fibromes ne prennent communément pas d'adhérence avec le péritoine pariétal. Il n'en est malheureusement pas de même des tumeurs sarcomateuses, et c'est là une grave complication qui vient s'ajouter aux craintes que ces dernières donnent déjà en raison de leur nature. Des adhérences pariétales existaient chez les malades n°s 437 et 439. La malade 437 présentait en outre une vaste adhérence épiploïque dont le décollement n'exigea pas moins de 30 ligatures perdues. Une autre preuve de l'extrême tendance qu'ont ces tumeurs à adhérer partout aux organes voisins, c'est que l'une et l'autre avaient pris des connexions avec une partie de la surface de la vessie. Ce sont là des conditions déplorables pour l'opération.

Chez plusieurs des malades atteintes de fibromes interstitiels, nous avons noté des variations fréquentes et considérables dans le volume et la consistance des tumeurs. Ces variations, rares dans les tumeurs ovariennes, sont au contraire fréquentes avec les tumeurs utérines : elles sont liées à l'évolution menstruelle. Chez la malade obs. 431, un abondant écoulement séreux se faisait par le vagin après chaque retour cataménial, et la tumeur diminuait et devenait moins molle.

Presque tous ces fibromes présentaient à l'examen la consistance caractéristique. Mais deux d'entre eux, qui furent trouvés fortement infiltrés lors de l'opération, étaient remarquables par la sensation de mollesse et de fausse fluctuation qu'ils donnaient (obs. 435 et 436), au point qu'ils avaient pu en imposer à des observateurs habiles et leur faire croire à l'existence de kystes.

Peut-on tirer de la marche, du développement et de l'évolution de ces tumeurs quelques renseignements qui aient de la valeur pour le diagnostic ? Malheureusement les malades elles-mêmes ne sont pas toujours exactement renseignées ; toutefois l'accident qui les frappe le plus c'est le commencement des métrorrhagies. En ce qui concerne l'époque du début de la tumeur, dans les 9 cas où elle a pu être notée, nous avons trouvé une fois 2 ans (432), deux fois 3 ans (434, 436), 4 ans (435), 5 ans (429), 7 ans (431), 10 ans (440), 12 ans (430), 20 ans (427). Au contraire, dans les deux cas de

sarcome où nous avons pu être renseigné, nous avons rencontré une évolution beaucoup plus brusque, un an (437) et 2 ans (438). Il fut impossible d'obtenir des renseignements utiles chez celles qui portaient en même temps des tumeurs kystiques de l'ovaire ou du ligament large. Pour l'état civil de nos malades; nous remarquons que quatre n'étaient pas mariées, que 3 avaient été mariées mais sans enfant, que 7 avaient été une ou plusieurs fois mères. Enfin, dans deux cas, on a omis de noter ces renseignements.

Le poids des tumeurs enlevées a varié entre 3,200 grammes (obs. 427) et plus de 15 kilogr. (obs. 428 et 435). On peut dire que le poids moyen a été de 7 à 8 kilogr.

Nous avons peu de choses à dire des modifications apportées à notre manuel opératoire. Elles sont peu nombreuses et ne diffèrent guère de celles que nous avons fait connaître antérieurement. La méthode du morcellement a été appliquée dans tous les cas.

Le seul changement important que nous ayons tenté consiste dans le traitement du pédicule. Convaincu de la bonté des résultats que nous donnait la réduction dans le ventre des pédicules ovariques, nous avons fait tout le possible pour étendre cette mesure aux moignons utérins dans les hystérectomies. Malheureusement, en dépit de notre bon vouloir, il ne nous a été possible d'y parvenir que dans quatre cas seulement, dont deux chez les malades à qui nous avons enlevé simultanément une tumeur de l'ovaire ou du ligament large. Dans toutes les autres opérations, les moignons étaient si volumineux, la surface de section si étendue que nous avons hésité à réduire une si large surface cruentée et que nous n'étions pas non plus sans inquiétude sur l'absolue efficacité de simples ligatures de fil pour mettre les opérées à l'abri de tout suintement sanguin consécutif. Douze fois donc nous avons encore fixé le pédicule à l'angle inférieur de la plaie.

On sait que nous n'avons pas de règle de conduite absolue à l'égard de la conservation ou de l'excision simultanée des ovaires. Nous les enlevons le plus souvent parce qu'ils se trouvent entraînés par la tumeur et qu'ils n'ont plus leur

raison d'être une fois que l'utérus a été excisé. Mais si le fibrome n'intéresse que le fond ou l'un des côtés de l'utérus et si, par suite, les deux ovaires sont sains et non déplacés, ou un seul sain et bien en place, nous nous gardons bien d'entreprendre de nouvelles manœuvres pour aller le reséquer. Nous avons enlevé les deux ovaires dans onze cas, un seul dans deux cas, et laissé ces glandes en place dans trois autres. Parmi les onze malades à qui nous avons extirpé les ovaires, une présentait une disposition kystique de ces deux organes, les deux autres un seul (obs. 429 et 440), et chez ces dernières, ce fut l'ovaire droit qui présenta cette dégénérescence.

Il nous reste maintenant à établir le résultat final de ces 16 hystérectomies. Si nous les prenons en bloc, et sans tenir compte de la nature des tumeurs enlevées, nous trouvons 10 succès et 6 insuccès.

Si nous mettons à part les 2 tumeurs fibro-sarcomateuses et les 2 sarcomes, et de même le fibrome sous-péritonéal, nous notons pour les 11 hystérectomies restantes répondant à l'extirpation de fibromes interstitiels : 7 succès et 4 insuccès.

Quant aux tumeurs sarcomateuses, elles ont pu l'une et l'autre être enlevées avec succès (obs. 433 et 439).

Par contre, les deux fibro-sarcomes enlevés ont abouti dans un cas (obs. 437) à un succès et dans l'autre (438) à un insuccès.

En somme, sur 16 hystérectomies entreprises pour l'extirpation de tumeurs diverses de nature, nous avons obtenu 10 guérisons et 6 insuccès, résultat assez encourageant si l'on songe que nons n'avons entrepris ces opérations que chez des malades épuisées par les souffrances et les hémorrhagies et qui étaient prêtes à succomber aux progrès de l'affection.

Pour terminer ce qui a trait aux tumeurs solides de l'utérus, nous dirons quelques mots de deux cas dans lesquels nous avons eu affaire en même temps à un kyste de l'ovaire et à un kyste du ligament large compliqués de tumeurs fibreuses utérines dont nous avons fait l'ablation simultanée (obs. 369 et 373). Comme ce cas peut se présenter dans

la pratique, nous croyons utile de donner notre avis à ce sujet.

Chez l'une de nos deux malades, la présence de myômes utérins n'avait pas été constatée avant l'opération, et ce fait n'est pas étonnant si l'on considère que les kystes étaient arrivés à un volume très considérable, alors que les tumeurs fibreuses étaient assez peu développées, et, d'autre part, ces mêmes tumeurs n'avaient donné lieu à aucun symptôme de nature à les faire reconnaître, d'autant mieux qu'elles étaient accompagnées des kystes au compte desquels pouvaient être imputés tous les accidents antérieurs.

Au reste, cette question du diagnostic doit peu nous importer dans les circonstances présentes, puisque la gastrotomie était rendue indispensable par l'existence de deux kystes qui compromettaient la vie des malades. Ce qui nous intéresse spécialement, c'est la question que se pose le chirurgien se trouvant tout à coup en présence d'une complication aussi grave, et la réponse qu'il convient d'y faire. Faut-il, après avoir enlevé le kyste de l'ovaire ou du ligament large, refermer le ventre sans s'occuper davantage de l'affection utérine, ou bien faire, dans le cours de la même séance, l'ablation du kyste et des myômes? Ce problème demanderait à être traité longuement, mais l'espace restreint dont nous disposons ici nous force à ne poser que des conclusions ; pour plus de détails, nous renvoyons le lecteur au tome II de notre ouvrage sur le *Diagnostic et le traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.*

Une règle précise en pareille matière serait difficile à établir, et, comme partout d'ailleurs en chirurgie, l'expérience de l'opérateur le guidera plus sûrement que ne pourrait faire le meilleur traité didactique. Le praticien jugera d'après le *volume* et le *siège* des tumeurs utérines de la conduite qu'il devra tenir, indépendamment de l'idée que pourront déjà lui avoir suggéré les accidents qui auront auparavant affecté la malade et l'état où l'auront laissée les pertes sanguines, si toutefois il y en a eu, ce que l'on rencontre généralement avec les tumeurs fibreuses de l'utérus, mais que l'on observe aussi,

quoique avec une moins grande fréquence, dans les kystes de l'ovaire. On remarquera que chez la malade qui fait l'objet de l'observation 369, non seulement il n'y eut pas de métrorrhagies, mais encore que la menstruation resta régulière malgré la double présence d'un kyste de l'ovaire droit et de plusieurs myômes utérins.

Si l'on se trouve en présence d'un fibrome ayant produit des accidents, on n'hésitera pas à en pratiquer l'ablation même s'il est petit ; l'excision se trouvera de même indiquée si le point d'implantation est restreint, si l'on a affaire, en un mot, à un fibrome pédiculé, quel que soit le volume de la masse morbide elle-même. L'opération est rendue plus longue, sa gravité est augmentée, mais, de la sorte, on évite à la malade des accidents ultérieurs qui nécessiteraient peut-être une nouvelle opération.

FIBROMES ET SARCOMES KYSTIQUES DE L'UTÉRUS.

Durant la période embrassée par cette marche statistique, nous n'avons eu l'occasion d'opérer que trois malades portant des tumeurs kystiques de l'utérus ; deux de ces tumeurs étaient constituées par du tissu fibreux (obs. 442 et 443), tandis que la troisième était sarcomateuse (obs. 441).

Durant leur évolution, ces tumeurs se comportent souvent à la manière des kystes mixtes de l'ovaire. Elles offrent, à l'examen, des espaces nettement liquides et fluctuants et d'autres qui présentent une consistance dure et manifestement solide. Mais cette dureté est communément beaucoup plus grande qu'on ne la trouve dans les masses aréolaires des kystes ovariques qui en contiennent. De même, les bosselures sont plus volumineuses, plus accusées et se laissent moins effacer par la pression des organes voisins que celles des masses aréolaires des kystes ovariens.

Pas plus que ces derniers, les fibro-cystomes de l'utérus ne causent, communément, de ces métrorrhagies qui sont, en quelque sorte, inséparables de l'existence des fibromes interstitiels de l'utérus. Nous inclinerions à admettre que la cause de ce

fait réside dans l'implantation plus ou moins pédiculée que ces tumeurs prennent souvent sur l'utérus, implantation qui les met, pour ainsi dire, sur le même plan que les fibromes sous-péritonéaux de l'utérus, qui, nous l'avons vu, sont bien moins fréquemment l'occasion de métrorrhagies que ceux qui sont interstitiels.

La marche et le développement de ces tumeurs sont sensiblement les mêmes que ceux des kystes ovariques. Dans un cas, nous voyons que l'époque du début a été notée être de trois ans et dans l'autre de quatre.

Autant que nous pouvons nous former une opinion par nos observations personnelles (elles sont au nombre de 9), cette dégénérescence de l'utérus paraît être surtout l'apanage de l'âge adulte. La plus jeune des malades que nous avons opérées avait 31 ans, la plus âgée 48 ans.

C'est surtout par le toucher vaginal combiné au palper abdominal que l'on parviendra à faire le diagnostic différentiel avant l'opération, en dehors des caractères présentés par la consistance de la tumeur, le volume et la disposition des bosselures, etc... En effet, le toucher vaginal fera d'abord reconnaître que la tumeur intéresse l'utérus par la position exceptionnellement exhaussée qu'occupera le col de cet organe ; le palper abdominal joint au toucher montrera que la production morbide et l'utérus font corps.

Dans les deux cas que nous avons opérés, le contenu kystique était sanguin, 18 litres dans l'obs. 443, 11 dans l'obs. 442. Dans les deux cas, également, la masse fibreuse présentait une seule cavité, et c'est tout à fait à son fond, c'est-à-dire dans la partie qui émergeait de l'utérus, que le tissu fibreux présentait la plus grande surface et la plus grande épaisseur.

Ces tumeurs sont beaucoup plus susceptibles de subir l'inflammation et de prendre des adhérences avec les organes voisins que les fibromes purs. Tandis que ces derniers n'adhèrent que rarement, c'est, au contraire, l'exception de rencontrer des fibro-kystes qui n'aient pas pris d'adhérences étendues et même graves. Dans l'obs. 442, nous voyons la tumeur adhérer, généralement, au feuillet pariétal du péri-

toine et, largement, au grand épiploon qui la coiffe. C'est encore pis dans l'observation 443, les adhérences sont générales, non seulement avec le péritoine pariétal, mais encore avec le grand épiploon. Elles sont très épaisses, fibreuses, feuilletées, très vasculaires, en rapport avec de gros vaisseaux qui nécessitent l'application de nombreuses ligatures perdues.

Comme pour toutes les tumeurs de bonne nature, kystes ou fibromes, la production de l'ascite est rare avec les fibro-kystes, et lorsqu'il en existe, elle est toujours en minime quantité.

Quelle conduite faut-il tenir, au cours de l'opération, à l'égard des ovaires, et quel mode de traitement du pédicule adopter ?

Pour les ovaires, la solution est simple. On ne doit songer à les enlever que dans le cas où l'on se trouve dans l'obligation de sectionner très bas le corps utérin et où la ligature définitive porte au niveau de ces glandes. Mais comme nous avons vu que les fibro-kystes avaient souvent une disposition pédiculée, il n'y a pas alors nécessité d'enlever les ovaires s'ils se trouvent beaucoup au-dessous du point lié.

Pour le traitement du pédicule, on réglera la conduite à tenir sur le volume qu'il présente. Si la surface de section n'est pas trop large, si l'on est sûr de la constriction durable fournie par les ligatures, si aucun point de cette sorte de pédicule n'est ni enflammé, ni suppuré et si, enfin, on est bien sûr d'avoir placé les ligatures définitives en plein tissu utérin et au-dessous de tout tissu morbide, dans ce cas, nous réduisons, sans hésiter, dans le ventre ce qui reste de l'utérus.

Mais avec les pédicules volumineux, larges et difficiles à étreindre, même en multipliant les ligatures, nous ne connaissons plus qu'une conduite prudente : fixer le moignon utérin à l'angle inférieur de la plaie, le disposer de façon à éviter sûrement sa rétrocession, s'opposer, autant que possible, à la putréfaction de la portion conservée au dehors en la momifiant au moyen du perchlorure de fer et disposer tout autour de sa base le pansement de façon à s'opposer à l'écoulement au niveau de la plaie de tout liquide septique dans l'abdomen.

Tels sont les motifs qui nous ont décidé à réduire le pédicule dans le ventre chez l'une de nos opérées (obs. 442), tandis que nous l'avons fixé à l'angle inférieur de la plaie chez l'autre (obs. 443). Ces deux malades ont guéri.

Chez la malade de l'observation 441, qui portait un sarcome kystique dont le pédicule était implanté sur l'utérus par un prolongement qui avait le volume de trois doigts, nous avons encore observé cette disposition, signalée plus haut, qu'ont les tumeurs sous-péritonéales de mauvaise nature à s'insinuer dans toutes les directions, à soulever et à décoller le feuillet péritonéal pour se propager dans tous les sens. Dans de telles conditions, ce sont les ligaments larges et surtout le mésentère qui supportent les effets de l'expansion. C'est ce qui eut lieu chez notre malade. La tumeur sarcomateuse avait si bien dédoublé le mésentère que des anses d'intestin grêle avaient été entraînées par elle et que, par l'intermédiaire du péritoine, elles paraissaient directement adhérentes à sa surface. Nous dûmes donc, pour parvenir à énucléer la tumeur, nous livrer à une dissection des plus lentes et des plus difficiles, et les adhérences généralisées qu'elle avait prises sur les viscères par le reste de sa surface n'étaient pas faites pour diminuer les risques que l'opération faisait courir à une malade parvenue au dernier degré de l'épuisement. La production du choc, dans de telles conditions, n'était que trop facile à prévoir.

TUMEURS UTÉRO-CYSTIQUES.

Notre statistique se termine par deux observations fort remarquables.

Dans l'observation 444, on voit qu'il s'agit d'un kyste interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus qui contenait 13 litres de liquide séreux. Ce fait est le seul de ce genre que nous ayons observé jusqu'ici. Dans toutes nos autres observations que nous avons décrites et publiées sous le nom de tumeurs utéro-cystiques, nous avions toujours rencontré un liquide sanguin ou, s'il était modifié, franchement dérivé du

sang et permettant de lui reconnaître cette origine à première vue.

Chez cette dernière malade, qui a guéri, nous avons pu former, après résection de la majeure partie de la paroi du kyste qui avait subi une rétraction insolite, un pédicule artificiel avec la portion restante. Nous avons cru devoir, enfin, fixer cette sorte de pédicule à l'angle inférieur de la plaie des parois abdominales et, par conséquent, placer le corps utérin en antéversion et provoquer, dans une certaine mesure, sa fixité.

TUMEURS SOLIDES DU MÉSENTÈRE.

Nous n'insisterons pas ici sur l'énorme tumeur encéphaloïde du mésentère qui fait le sujet de l'observation 445. Elle se trouve relatée tout au long à la page 1147 du t. I[er] du *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin ;* les quelques considérations que nous pourrions exposer ici seraient très insuffisantes et, en nous étendant davantage, nous risquerions de faire double emploi avec un travail déjà fait, ce qui serait au moins superflu.

Les 145 opérations de gastrotomie que nous publions dans cette nouvelle statistique se décomposent ainsi, d'après la nature des tumeurs qui les ont motivées :

96 *Kystes de l'ovaire* ayant donné 85 guérisons et 11 insuccès ;
2 *Ovariotomies doubles* (2 guérisons) ;
14 *Kystes du ligament large :* 13 de bonne nature ayant donné : 8 guérisons et 5 insuccès ; — 1 sarcome kystique (insuccès) ;
1 *Kyste* occupant le *fond de l'utérus* (guérison) ;
1 *Kyste* développé dans le *cul-de-sac utéro-rectal* (insuccès) ;
1 *Kyste hydatique* siégeant dans l'épaisseur du *méso-côlon* (insuccès) ;
5 *Cancers*, dont 4 kystes sarcomateux qui ont été enlevés avec succès et ont procuré une guérison temporaire qui, dans trois cas, a excédé un an ; un cancer colloïde généralisé à tout le péritoine (insuccès) ;

1 *Incision exploratrice* qui a rapidement guéri;
4 *Kystes du mésentère* (insuccès);
1 *Sarcome kystique* de la même région (insuccès);
16 *Hystérectomies* pour l'ablation de fibromes utérins: 11 étaient *interstitiels:* 7 guérisons et 4 insuccès, et parmi ceux-ci nous classons, sans les faire figurer dans le total, les deux hystérectomies qui furent pratiquées en même temps qu'une ovariotomie; 1 était sous-péritonéal; 2 hystérectomies eurent pour résultat l'ablation de tumeurs sarcomateuses (2 guérisons); 2 autres pour l'ablation de fibro-sarcomes (1 guérison et 1 insuccès);
2 *Tumeurs fibro-cystiques* de l'utérus (2 guérisons);
1 *Fibro-sarcome kystique* utérin (insuccès);
1 *Kyste interstitiel* de la paroi postérieure de l'utérus (guérison);
1 *Tumeur encéphaloïde* du mésentère (incision exploratrice non suivie de guérison).

147 (1)

Si, en terminant, nous dressons succinctement le tableau de notre pratique de la gastrotomie, depuis notre début en 1864 jusqu'au 1er juillet 1881, nous trouvons que nous avions pratiqué, à cette époque, 445 gastrotomies:

287 Extirpations de *kystes ovariques* ayant fourni: 232 succès, 55 insuccès;
6 *Ovariotomies doubles:* 4 succès, 2 insuccès;
43 *Kystes du ligament large:* 25 guérisons, 18 insuccès parmi lesquels un sarcome kystique;
9 *Kystes du mésentère:* 2 succès, 7 insuccès;
2 *Tumeurs solides de l'ovaire:* 1 fibro-cystique compliqué d'une double grossesse extra-utérine (guérison); 1 sarcome médullaire (insuccès);
35 *Fibromes interstitiels de l'utérus* ayant nécessité l'hystérectomie: 23 succès, 12 insuccès;
4 *Fibromes sous-péritonéaux:* 2 succès, 2 insuccès;
9 *Tumeurs fibro-cystiques* de l'utérus: 6 succès, 3 insuccès;
3 *Tumeurs utéro-cystiques* ayant nécessité l'hystérectomie partielle, 3 guérisons;

(1) La non-concordance de ce total avec celui que donnent nos tableaux s'explique par ce fait que deux malades ont subi à la fois l'ovariotomie et l'hystérectomie; leur observation ne figure qu'une seule fois aux ovariotomies, quoiqu'il soit juste de les faire figurer encore au nombre des hystérectomies.

1 *Kyste interstitiel* de la paroi utérine postérieure ayant eu le même résultat (guérison);

1 *Amputation de l'utérus* qui avait subi la dégénérescence *embryoplastique* (guérison);

1 Pour un *fibro-sarcome kystique* (insuccès);

2 *Splénotomies*, l'une pour un kyste de la rate, l'autre pour une hypertrophie simple de l'organe (2 guérisons);

2 *Tumeurs du cul-de-sac vésico-utérin*, l'une fibreuse, la 2e kystique (hydatides), (2 guérisons);

1 *Kyste hydatique du méso-côlon* pris pour un kyste ovarique (insuccès);

2 *Tumeurs kystiques du cul-de-sac utéro-rectal* (1 succès et 1 insuccès);

1 *Kyste* développé aux dépens du péritoine dégénéré qui recouvrait le *fond de l'utérus* (guérison);

22 *Tumeurs cancéreuses*, localisées aux ovaires ou étendues à l'ensemble du péritoine : 6 guérisons temporaires;

1 *Fibrome du mésentère* (guérison);

1 *Tumeur lipomateuse* très volumineuse du *mésentère* (insuccès);

1 *Tumeur fibro-graisseuse* avec larges espaces calcifiés siégeant dans le même organe (insuccès);

1 *Tumeur d'apparence fœtale* et creusée de nombreuses cavités kystiques (guérison);

3 *Cysto-sarcomes du mésentère* (insuccès);

4 *Incisions exploratrices*, dont trois furent suivies de guérison prompte. Une seule malade succomba rapidement: elle portait une énorme tumeur encéphaloïde du mésentère.

En comparant les diverses statistiques de gastrotomie que nous avons publiées, suivant les années, nous voyons que le chiffre total des succès a augmenté dans une proportion notable, du moins en ce qui concerne les ovariotomies, puisque la proportion qui était encore, il y a quelques années, de 80 % est aujourd'hui de 88 %, proportion qu'il est difficile de dépasser quand, comme nous, on n'hésite pas à opérer indistinctement toutes les malades qui paraissent encore offrir des chances même faibles de guérison.

CATALOGUE

DE LA

COLLECTION PARTICULIÈRE DE M. LE Dr PÉAN

A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

(SUITE)

Nous donnons aujourd'hui la liste de 160 nouveaux numéros dont s'est enrichi notre musée depuis la publication du second volume de nos Cliniques jusqu'au 1er janvier 1882. Il ne nous reste rien à ajouter à ce que nous disions, à cette époque, sur l'exécution de ces pièces. Mais nous devons signaler une manœuvre peu délicate de certaines personnes attachées à la profession médicale, qui, sans souci du temps que nous consacrons à cette collection, du soin que nous apportons à sa conservation, et des dépenses très considérables qu'elle nous occasionne, prennent les dessins des pièces que nous possédons, et les publient dans des ouvrages scientifiques sans indication d'origine. D'autres encore, autorisés par nous à en prendre copie, se sont sans doute crus déliés de toute obligation par cette autorisation, car nous avons, dans divers ouvrages, trouvé nos moules reproduits sans qu'il fût fait mention même du musée de Saint-Louis. L'amour de la science n'étant pas incompatible avec le respect dû à la propriété, nous avons jugé bon de faire cette légitime observation tant pour le passé que pour l'avenir.

CATALOGUE

DE LA

COLLECTION PARTICULIÈRE DE M. LE Dr PÉAN

A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

(Suite.)

379

Exostose sous-unguéale du gros orteil.

Chez une jeune fille de quatorze ans. (V. obs. CLII, p. 369 du tome III des Cliniques.)

380

Épithélioma du nez.

L'ulcération occupe la face latérale droite (épithélioma lobulé).

381

Déformation de la main droite produite par un kyste synovial de l'extenseur propre de l'index. [Platre.]

381 *bis*

Main gauche du malade précédent. Éléphantiasis du pouce. Moignon de l'auriculaire. [Platre.]

382

Déformation du pied droit. Pied-bot varus equin. Absence complète des orteils. (Amputation.) [Platre.]

383

Épithélioma de la fesse.

Développé chez une femme de trente-deux ans, sur une cicatrice de brûlure datant de l'âge de six ans. Étendu à presque toute la fesse, et à la partie postéro-externe de la cuisse droite. (V. obs. DXIII, p. 862 du tome III des Cliniques.)

384

Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne (**coupe**).

Homme de trente-sept ans, cultivateur. Amputation. Envahissement des

articulations du tarse et des os par les tissus fongueux. Ostéite suppurée, dégénérescence des muscles. (V. obs. CXCII, p. 416 du tome III des Cliniques.)

385

Tumeur blanche. [PLATRE.] V. le n° 391.

386

Angiome de la lèvre inférieure chez une enfant de huit ans.

La tumeur fait saillie du côté de la peau et du côté de la muqueuse. La pièce montre la tumeur sous les deux aspects.

387

Angiome de l'aile du nez chez une enfant de deux mois.

388

Kyste du pied. [PLATRE.]

389

Exostose de la jambe. [PLATRE.]

Enfant de huit ans.

390

Kyste du poignet. [PLATRE.]

391

Tumeur blanche du pied.

Homme de trente-neuf ans. Rachitisme. Opéré une première fois en septembre 1877. Nouvelle opération le 14 décembre 1878. Fongosités des parties molles du moignon et carie osseuse. Tubercules crus et en voie de ramollissement. (V. le PLATRE 385.)

392

Fracture de jambe. [PLATRE.]

393

Épithélioma lobulé du pavillon de l'oreille et coupe.

Ayant les caractères du lupus hypertrophique. Observé chez une femme de trente-cinq ans, lymphatique. (V. obs. CCXXIII, p. 469 du tome III des Cliniques.)

394

Exostose du tibia (coupe).

Enfant de dix-sept ans. Exostose ostéo-cartilagineuse occupant tout le centre de l'os.

395

Ostéite fongueuse du pied.

396

Carie (forme fongueuse) de la face externe du calcanéum.

397

Pièces naturelles.

398

Greffes épidermiques de trois semaines.

Écrasement de la main datant de onze semaines. On voit, sur la surface de dénudation une dizaine d'îlots épidermiques qui tendent déjà à se rejoindre.

399

Coupe d'un sarcome hématique du testicule.

Homme de quarante-neuf ans. Examen histologique Travées fibreuses : séparant la tumeur en plusieurs lobes, dans lesquels on trouve le tissu conjonctif à tous les degrés d'évolution. Ramollissement rapide et dégénérescence granulo-graisseuse des éléments. Ruptures vasculaires occasionnant des dépôts d'hématine. Le testicule est en voie d'atrophie à peine reconnaissable à l'examen histologique.

400

Début de consolidation de fracture.

On voit parfaitement sur cette pièce le début de formation du cal.

401

Épithélioma de la verge.

Malade de la ville. Opération faite avec l'assistance de M. Ricord. Le méat et la fosse naviculaire sont encore seuls envahis. Une coupe du gland montre l'altération profonde des tissus.

402

Myxome de la face interne de la cuisse. [Platre.]

Femme de vingt-deux ans.

403

Myxome de la face interne de la cuisse (coupe). V. le Platre 402.

Examen histologique : cellules étoilées anastomosées, séparées par un liquide abondant.

404

Hernie ombilicale étranglée.

Pièce moulée quelques heures avant le décès. Non opérée. La région ombilicale est distendue par la tumeur herniaire, bosselée et de couleur noirâtre.

405

Coupe d'un enchondrome du testicule.

Observé chez un homme de quarante et un ans. La tumeur est surtout développée dans la partie inférieure du testicule dans le tissu conjonctif qui sépare les tubes ; ces tubes sont en voie d'atrophie et leur épithélium en dégénérescence graisseuse.

406

Infiltration d'urine. Gangrène du scrotum.

Malade âgé de soixante-quatre ans. Incisions nombreuses : au niveau de la crête iliaque droite, dans les deux aînes et sur les téguments de la verge.

407

Synovite du poignet, face antérieure. [Platre.]

408

Synovite du poignet. [Platre.]

409

Tumeur pédiculée de la grande lèvre droite.

Tumeur volumineuse, composée de deux lobes, dont le plus long mesure plus de dix centimètres. Examen histologique : cavités lymphatiques très nombreuses.

410

Acné varioliforme.

Siégeant à l'angle interne de l'œil du côté droit chez une petite fille de vingt mois.

411

Petit abcès froid sous-mammaire chez l'homme. Inflammation aiguë produite par la morsure d'un cheval dans la région.

A la partie inférieure de la région mammaire droite, fortement repoussée en avant par la collection purulente sous-jacente, on voit une zone inflammatoire, rouge, assez nettement limitée, produite par la morsure du cheval.

412

Papillome du cou-de-pied et de la région péri-malléolaire chez un jeune homme de quatorze ans.

Datait de l'âge de cinq ans.

413

Loupe du cuir chevelu enlevée au moyen de l'acide azotique fumant.

Malade de la consultation. Contenu caséeux.

414

Ganglions tuberculeux du cou.

Évolution des tubercules dans le tissu réticulé au niveau des vaisseaux qu'ils entourent pour la plupart. Dégénérescence caséeuse. (Coupe.)

415

Angiome profond de la joue.

La joue gauche est complètement envahie et déformée par la tumeur violacée. Sous la peau, apparaissent en certains points des veines d'un volume assez considérable, variqueuses, dilatées.

416

Tumeur myéloplaxique de l'œil gauche.

417

Sarcome du périoste (face).

Sarcome embryoplastique.

418

Fibro-lipome du bras. [Platre.]

419

Fibro-lipome du bras (coupe). V. le Platre 418.

420

Sarcome du pied.

Tumeur du volume d'une orange située au niveau de la malléole interne, développée aux dépens du périoste et contenant un grand nombre de cellules fusiformes.

421

Kyste séreux suppuré.

Au niveau et en dehors de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

422

Hypospadias.

Enfant de quatorze mois. Le scrotum est divisé par un sillon médian profond et simule exactement les grandes lèvres. Le pénis est assez développé.

423

Exostoses multiples des jambes. [Platre.]

424

Gangrène de la vulve.

Suite de rougeole, chez une enfant de cinq ans et demi. Oblitération presque complète du vagin. La restauration du vagin a été faite. (V. t. IV des Cliniques, et *Paris médical* du 19 juin 1879.)

425

Coupe d'un sarcome de l'extrémité inférieure du fémur.

Sarcome embryoplastique renfermant une grande quantité de cellules géantes et des cavités kystiques tapissées par un épithélium formé de cellules plates.

426

Hypertrophie de la matrice de l'ongle du gros orteil.

Ongle présentant une déformation kératoïde.

427

Énorme hernie inguinale, chez un homme de soixante-dix-neuf ans. [Platre.]

428

Papillome de la main.

Face dorsale de la main. Inflammation limitée, mais assez vive autour de la production papillaire.

429

Papillomes multiples de la main (verrues).

A comparer cette pièce avec la précédente.

430

Varices vulvaires.

431

Angiome du pied gauche, partie antéro-interne, chez un enfant de quelques semaines.

Angiome développé dans les capillaires superficiels. Ce petit malade présentait plusieurs taches analogues sur le tronc et la face. Traité par scarifications et badigeonnages au perchlorure de fer.

432

Anus contre nature.

Orifice de l'intestin. Consécutif à une hernie étranglée. Plusieurs tentatives de suture furent faites sans résultat, par suite de la minceur des bords de la solution de continuité. (V. t. IV des Cliniques.)

433

Chancre induré de la lèvre supérieure.

434

Tumeurs ganglionnaires du cou. [Platre.]

435

Nécrose du radius.

Chez un enfant. On voit l'os nécrosé à travers la plaie.

435 *bis*

Coupe d'une tumeur fibreuse du sein.

Observée chez une jeune fille de seize ans. Examen histologique : sarcome fibreux.

436

Tumeur frontale chez un garçon de seize ans. [Platre.]

437

Fracture ancienne du poignet. [Platre.]

438

Kyste sébacé dégénéré du cou.

Contenu caséeux.

439

Kyste du sinus frontal.

Drainage par la fosse nasale et la région sus-orbitaire correspondantes.

440

Tumeur de l'aisselle. [Platre.]

441

Tumeur embryoplastique du pied.

Avec envahissement des synoviales. Sarcome embryoplastique.

441 *bis*

Tumeur embryoplastique (coupe).

Examen histologique : éléments nucléaires sans tendance vers une évolution supérieure. Très peu de cellules fusiformes.

442

Éléphantiasis ulcéreux du membre inférieur.

443

Gangrène de la jambe et du pied.

Homme de trente-cinq ans.

444

Lupus érythémateux ulcéré de la face.

Femme de cinquante-cinq ans. Analyse histologique : épithélioma végétant.

445

Exstrophie de la vessie.

Arrêt complet de développement des organes génitaux.

446

Fibrome ossifiant du maxillaire inférieur.

Examen histologique : tissu fibreux, myéloplaxes, points d'ossification.

447

Tumeur fongueuse du pied.

L'articulation tibio-tarsienne et la plante du pied sont envahies par les fongosités. Carie.

448

Épithélioma lobulé de l'oreille. Paralysie faciale.

Vaste épithélioma ulcéré occupant la joue gauche, la partie inférieure du cou et toute la région parotidienne. Examen histologique : globes épidermiques nombreux remarquables par le volume des épithéliums. Zones de transformation nombreuses.

449

Exstrophie de la vessie.

Avec arrêt de développement des organes génitaux. Le gland et le prépuce sont reconnaissables. L'autoplastie a été faite. (V. t. IV des Cliniques.)

450

Cancer atrophique du sein.

Le sein gauche est diminué de volume, et le mamelon n'est plus guère reconnaissable qu'à une légère teinte rosée surmontée d'un point noir.

451

Mal perforant.

Homme de vingt-cinq ans. Deux ulcérations siégeant, l'une sous le gros orteil, au niveau de l'articulation des phalanges, l'autre sous la plante du pied au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. Les orteils sont déformés.

452

Ulcérations de l'index et du médius consécutives à une plaie du poignet. (Troubles trophiques.)

Ulcération atone de l'index. Celle du médius est presque complètement cicatrisée.

453

Tumeur de l'utérus.

Fibro-myôme (coupe). Examen histologique : tissu fibreux mélangé à des fibres lisses.

454

Panaris et fragment d'os extrait.

Le pouce de la main droite a triplé de volume. Sur la même planche, on voit la phalangette nécrosée qui a été enlevée.

455

Abcès ostéopathique de l'épaule. Jeune homme de dix-huit ans. [Platre.]

456

Tumeur graisseuse du cou. [Platre.]

Lipome.

457

Hypospadias. Destruction traumatique du prépuce et de la partie antéro-inférieure du gland.

Les téguments de la verge n'existent plus que sur les parties inférieure et latérales. Le reste de l'organe n'est recouvert que par la muqueuse et du tissu de cicatrice. (V. t. IV des Cliniques.)

458

Syphilide du nez.

Vastes ulcérations recouvertes d'une croûte jaunâtre, partant de chacun des côtés du nez à la partie moyenne et venant se rejoindre à la partie inférieure, sur la cloison qui est complètement détruite.

459

Cancroïde de l'oreille.

Chez un vieillard. Occupant le lobule et la moitié inférieure du pavillon. Examen histologique : épithélioma lobulé.

460

Tumeur du plancher de la bouche.

La tumeur est vue sous deux aspects : 1° telle qu'elle se présentait dans la

bouche du malade ; 2° sectionnée après l'opération. Tumeur à myéloplaxes, avec quelques points d'ossification. Cellules fusiformes englobant ces myéloplaxes.

461

Coupe de ganglion.

Hypertrophie simple.

462

Petite tumeur lipomateuse du pied.

La tumeur située à la partie externe du pied droit, au-dessous de la malléole, était compressible et réductible à travers les brides de l'aponévrose.

463

Kyste séreux de l'aisselle droite. [PLATRE.]

464

Kyste séreux de l'aisselle droite (coupe). V. le PLATRE 463.

465

Esthiomène de la vulve.

Femme de quarante-six ans. La tumeur siège à la partie inférieure de la vulve, et prend son point d'implantation sur les grande et petite lèvres droites. A la partie interne de la fesse du même côté, et un peu au-dessus de l'anus, tumeur papillaire du diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

466

Phlegmon de la grande lèvre.

Fille de vingt-deux ans.

467

Prolapsus de l'utérus.

Femme de quarante ans. Chute complète. Le col ulcéré se trouve à la partie inférieure de la tumeur qui a le volume des deux poings environ.

468

Kyste sanguin de la jambe. [PLATRE.]

469

Ulcérations syphilitiques de la malléole externe gauche.

Deux ulcérations, l'une sur la malléole, l'autre, en arrière. La première tend à se cicatriser.

470

Épithélioma de la verge.

A envahi toute la partie latérale droite du gland et du prépuce.

471

Tumeur du maxillaire inférieur. Ostéo-sarcome embryoplastique. [PLATRE.]

Femme de vingt-six ans. Avant l'opération.

472

Tumeur du maxillaire. Examen histologique. Ostéo-sarcome embryoplastique. V. le PLATRE 471.

Tumeur moulée après l'opération.

473

Fracture du bras. [PLATRE.]

474

Épithélioma de la paume de la main.

Petite tumeur cancroïdale située à 2 centimètres au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne du 5e métacarpien.

475

Tumeur de la jambe. [PLATRE.]

476

Déformation des pieds. [PLATRE.]

477

Fracture de jambe. [PLATRE.]

478

Sarcome développé dans les ganglions parotidiens.

Énorme tumeur occupant toute la partie droite du cou, les régions parotidienne et post-auriculaire. (Lymphadénome.)

479

Gangrène de la verge.

Le gland et le prépuce complètement sphacélés sont en voie d'élimination. Dans le reste de son étendue, la verge est rouge, enflammée.

480

Tumeur ano-coccygienne congénitale.

Enfant de deux ans. (Voir le IIIe vol. des Cliniq., VIIe Leçon.)

481

Destruction des os propres du nez chez un syphilitique.

Chancre induré en 1864. Affaissement du nez en 1874. Autoplastie faite ultérieurement. (V. le t. IV des Cliniques.)

482

Troubles trophiques consécutifs à une fracture de jambe ancienne.

Cal vicieux, jambe arquée. Deux ulcérations siégeant, l'une au niveau du cal, l'autre 8 centimètres plus bas.

483

Épithélioma de la langue.

Occupe la moitié antéro-supérieure de la langue.

483 *bis*

Coupe de la tumeur représentée n° 483.

484

Hydrocèle vaginale.

485

Perte de substance par arme à feu.

Vaste orifice cicatriciel à la région sus-hyoïdienne, dans lequel la langue vient faire saillie. (V. obs. XIV, tome IV des Cliniques.)

486

Brûlure de la main produite par l'explosion d'un pétard.

Énorme phlyctène s'étendant à toute la paume de la main.

487

Lymphangiome de la face.

Cette tumeur observée chez une jeune fille de seize ans, occupait toute la région malaire, la région sous-orbitaire de chaque côté et la racine du nez. (V. l'observation, t. IV des Cliniques.)

488

Mal perforant.

Ulcération au niveau du calcanéum droit. Les deux pieds sont moulés.

489

Kyste à grains riziformes du genou.

490

Phlyctène de la main.

Produite par une piqûre d'insecte.

491

Cancroïde du sein.

Femme de cinquante-trois ans. La partie externe du sein est occupée par

une tumeur épithéliale du volume d'une petite orange. Épithélioma ayant débuté par les glandes de la peau.

492

Kyste péritendineux siégeant au niveau de l'insertion du 1er radial externe droit.

493

Lymphangite réticulaire descendante.

Ces accidents se produisirent à la suite d'une application de teinture d'arnica employée pour le pansement d'une piqûre de la jambe. Au niveau de l'application, la peau est soulevée et ridée comme après la rupture d'une vésicule produite par un vésicatoire; au-dessous, on voit les traînées rouges de la lymphangite qui descendent jusqu'au cou-de-pied.

494

Ostéo-sarcome de la jambe.

A débuté par l'extrémité supérieure du péroné.

494 *bis*

Coupe de la tumeur représentée par la pièce 494.

Sarcome embryoplastique à cavités multiples contenant quelques myéloplaxes au niveau des os et sur sa périphérie du tissu muqueux analogue à celui que contient le cordon fœtal.

495

Fracture ancienne.

Articulation du coude complètement déformée. Jeune garçon de dix-sept ans

496

Coupe d'un cancroïde du sein. V. le n° 491.

Épithélioma lobulé.

497

Sarcome fibro-plastique du bras.

A debuté par le périoste quatre ans auparavant.

498

Sarcome fibro-plastique de la face externe et supérieure du tibia (coupe).

499

Tumeur carcinomateuse de la parotide.

Chez une femme de soixante ans. Carcinome à petites cellules.

500

Cancroïde de l'oreille.

Situé au tiers supérieur du pavillon. (Épithélioma.)

501

Cancroïde de la vulve.

Occupe les grande et petite lèvres gauches et a envahi le clitoris et la partie supérieure de la vulve. Épithélioma simple.

502

Troubles trophiques de la main consécutifs à une plaie du nerf médian.

A rapprocher du n° 452.

503

Exostose sous-unguéale du gros orteil gauche.

504

Cancer de l'œsophage. Ganglions cancéreux.

505

Syphilides de l'épaule.

Gommes superficielles et profondes en voie d'évolution.

506

Sarcome embryoplastique à forme végétante de la main droite.

507

Épithélioma du sein.

Occupant la partie inférieure du sein gauche et envahissant légèrement la partie thoracique.

508

Chancre induré du menton.

509

Cancroïde de la bouche.

(Épithélioma.)

510

Coupe d'une tumeur sarcomateuse du sein.

Sarcome fibro-plastique.

511

Varices généralisées du scrotum, de la face interne des cuisses et de la paroi abdominale.

512

Luxation ancienne du coude en arrière.

Datant de cinq mois.

513

Ostéite nécrosique des os du tarse (coupe du pied).

514

Sarcome embryoplastique des ganglions sterno-mastoïdiens.

515

Lipomes généralisés.

La région dorsale a seule été moulée.

516

Épithélioma du gland.

Adénopathie inguinale symptomatique ulcérée du côté opposé à la lésion primitive.

517

Petite tumeur veineuse du cou.

Examen histologique : dilatation kystique d'une veine par obturation.

518

Carcinome du sein.

Ulcéré à la partie supérieure. La glande entière est envahie.

519

Scrofulides de la main.

520

Kyste de l'urèthre.

Chez une femme.

521

Tumeur blanche tibio-tarsienne (coupe).

Ayant débuté par la partie postérieure de la synoviale et envahi en même temps l'articulation astragalo-calcanéenne.

522

Fibro-lipome du gros orteil.

523

Fracture de la clavicule.

Oblique d'arrière en avant.

524

Hygroma chronique de la bourse séreuse sous-hyoïdienne

525

Éléphantiasis ulcéreux du membre inférieur.

A rapprocher du n° 442.

526

Angioleucite ulcéreuse totale de la jambe (forme éléphantiasique).

527

Angioleucite réticulaire du fourreau de la verge.

528

Sarcome de la fosse iliaque externe.

Femme de quarante et un ans. Sarcome fibro-plastique.

529

Tumeur carcinomateuse de la nuque (coupe).

530

Angiome sous-claviculaire.

531

Lymphadénome généralisé des ganglions du cou.

532

Ecchymoses de la face. Fracture des deux maxillaires supérieurs et des os de l'orbite.

533

Tumeur blanche tibio-tarsienne (coupe).

Carie.

534

Hernie traumatique de l'épiploon.

Coup de couteau dans le côté gauche.

535

Sarcome du tibia.

536

Coupe de la tumeur représentée par la pièce 535.

Ostéo-sarcome kystique.

537

Chondro-sarcome du 1er métacarpien.

538

Panaris du médius.

Mortification de toutes les parties molles antéro-latérales. On voit que le tendon a résisté plus longtemps au sphacèle et que les téguments de la face postérieure du doigt sont seuls conservés.

539

Épithélioma de la main.

540

Coupe de la tumeur précédente.

Épithélioma lobulé.

Nous avons rangé sous le nº 397 plusieurs pièces naturelles à chacune desquelles nous avons attribué une lettre indicative qui permettra facilement de les reconnaître avec l'observation.



TABLE MÉTHODIQUE

D'APRÈS L'ORDRE ADOPTÉ DANS NOS VOLUMES DE LEÇONS DE CLINIQUE

(Les chiffres indiquent non la page mais le numéro du Catalogue.)

I. — Plaies.

II. — Accidents syphilitiques.

III. — Maladies des os.

IV. — Maladies des articulations.

V. — Maladies du système nerveux et des organes des sens.

VI. — Maladies des vaisseaux.

VII. — Tube digestif et ses annexes.

VIII. — Organes génito-urinaires.

IX. — Mamelle.

X. — Régions.

FIN DE LA TABLE MÉTHODIQUE.

TABLE ALPHABÉTIQUE DU CATALOGUE

DE LA COLLECTION DE M. PÉAN

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE DU CATALOGUE.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

CHAPITRE II

CHAPITRE III

CHAPITRE IV

CHAPITRE V

CHAPITRE VI

CHAPITRE VII

CHAPITRE VIII

CHAPITRE IX

CHAPITRE X

CHAPITRE XI

CHAPITRE XII

APPENDICE

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

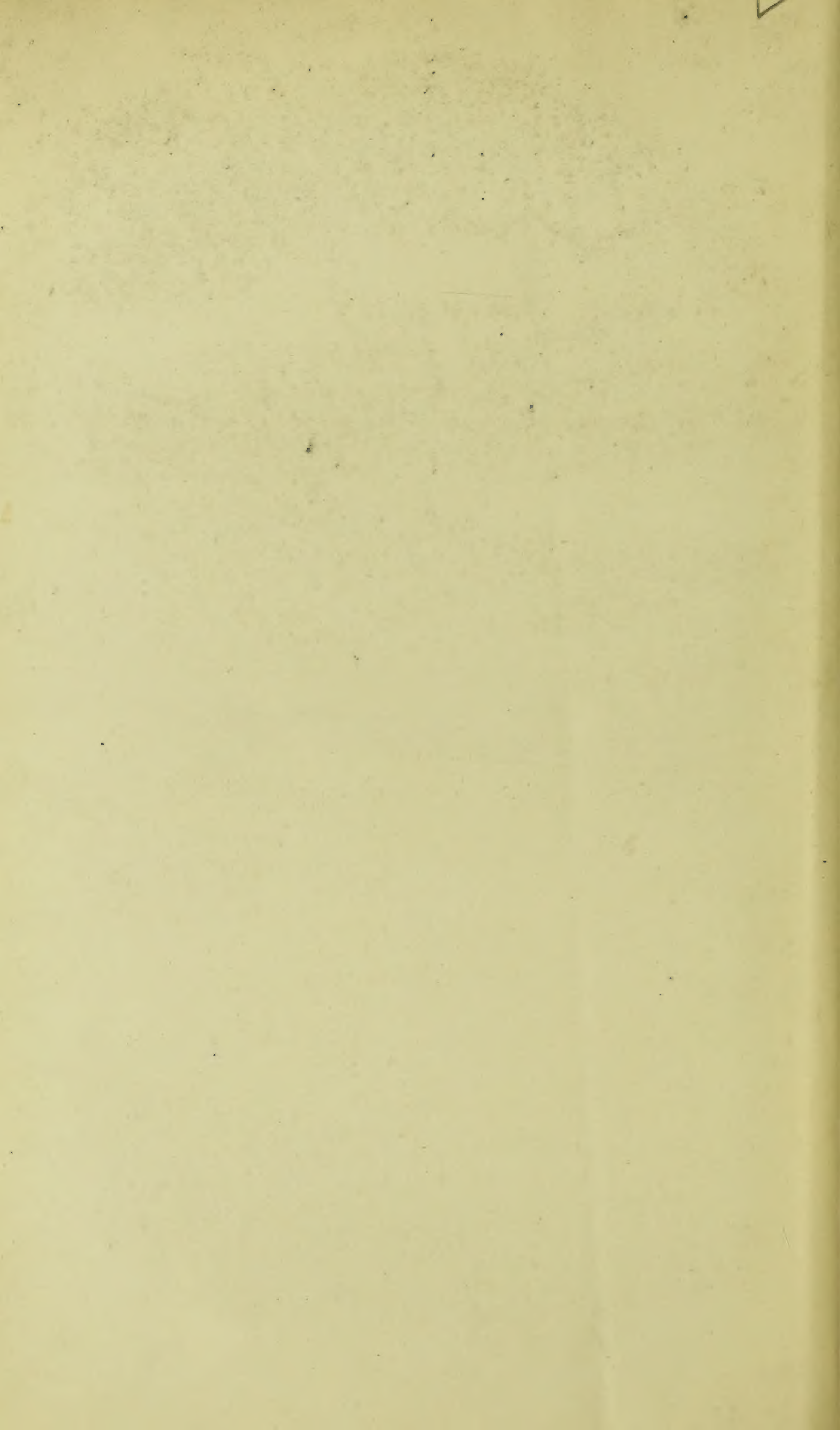
TABLE DES FIGURES

FIN DE LA TABLE DES FIGURES.





CORBEIL. — TYP. ET STÉR. CRÉTÉ.



MANCHESTER MEDICAL SOCIET